



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Atenção integral à saúde de crianças em situação de violências: uma proposta de indicadores de monitoramento da linha de cuidado”

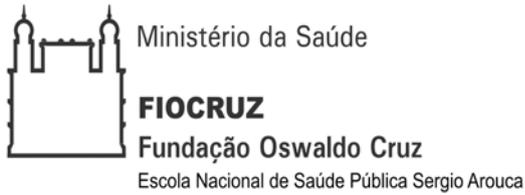
por

Maria de Lourdes Magalhães

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira

Brasília, julho de 2011.



Esta dissertação, intitulada

“Atenção integral à saúde de crianças em situação de violências: uma proposta de indicadores de monitoramento da linha de cuidado”

apresentada por

Maria de Lourdes Magalhães

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Isabel Pojo do Rego

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 28 de julho de 2011.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M188 Magalhães, Maria de Lourdes
Atenção integral à saúde de crianças em situação de violências: uma proposta de indicadores de monitoramento da linha de cuidado. / Maria de Lourdes Magalhães. -- 2011.
107 f. : tab. ; graf.

Orientador: Moreira, Marcelo Rasga
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Assistência Integral à Saúde. 2. Indicadores Básicos de Saúde. 3. Direitos Humanos. 4. Monitoramento. 5. Avaliação. 6. Saúde da Criança. 7. Políticas Públicas. 8. Maus-Tratos Infantis. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.76



A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Brasília, 28 de julho de 2011.

Maria de Lourdes Magalhães

CG/Fa

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manginhos-RJ – 21041-210
Tel.: (0-XX-21) 2598-2969 ou 08000-230085
E-mail: secaprofissional@ensp.fiocruz.br Homepage: <http://www.ensp.fiocruz.br>

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu pai Pedro Pierre pela sua luta incansável para inserir os filhos no mundo do conhecimento, que apesar do limitado grau de escolaridade, superou todas as dificuldades para que suas filhas e filhos tivessem as oportunidades que ele mesmo desconhecia. A minha mãe MARIA TEIXEIRA (*in memoriam*), mulher guerreira e fonte de minha maior inspiração, de quem sinto imensa falta. Quando em vida, dedicou-se aos cuidados das cinco filhas e três filhos e, para ajudar no orçamento familiar, se dividia entre o trabalho de costura e os afazeres diários.

Agradeço a minha filha Natascha Borges pelo amor e carinho, pela compreensão nos momentos de minha ausência, inclusive em datas importantes de sua vida. Mas também é motivo de orgulho e de satisfação pelo esforço e dedicação aos estudos, embora também mereça atenção e preocupação, devido à fase da juventude que vivencia.

Agradeço as minhas irmãs e irmãos que deram cobertura nas escalas de cuidado do nosso Pai, cuja saúde inspira atenção diária, enquanto me dedicava ao Mestrado e a esta dissertação. Também agradeço a generosidade e carinho do meu companheiro Eric que soube compreender as minhas ausências e os distanciamentos, especialmente na etapa de construção desta dissertação.

Agradeço aos conselheiros do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), gestão 2008 a 2011, do qual também faço parte, pelo apoio nas etapas mais difíceis desta dupla jornada, de estudo e de intenso trabalho na defesa dos direitos da criança e do adolescente.

Agradeço a Dr.^a Elsa Giugliani e a Dr.^a Lilian Cordova que confiaram a mim a tarefa de coordenar as ações de uma das Linhas de Ação: Prevenção de Violência e Promoção da Cultura de Paz, da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Ministério da Saúde. Essa atuação permitiu alinhar o tema de estudo, objeto desta dissertação, com os projetos dessa linha de ação e em nome delas agradeço a toda a equipe.

Por fim, agradeço ao meu orientador, Marcelo Rasga, pela forma hábil e inteligente de ouvir as minhas argumentações e, ao mesmo tempo, pelas valiosas contribuições para o aprimoramento deste estudo.

RESUMO

A complexidade da atenção integral à saúde de crianças em situação de violências requer dos profissionais de saúde e dos serviços investimentos na prática de ações em linhas de cuidado e do trabalho em rede. Essa lança às equipes dos serviços da atenção básica e especializada o desafio da construção de uma prática do cuidado interdisciplinar, articulada de forma intrasetorial e intersetorial. A ideia norteadora da presente dissertação foi no sentido de preencher tal lacuna, na rede de saúde, à luz dos princípios dos direitos humanos, da proteção integral, da integralidade do cuidado e da justiça social. É atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) promover o direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, bem como a atenção e cuidados. Diante disso, seguindo o percurso do ciclo das políticas de saúde (formulação, implementação, monitoramento e avaliação), este estudo se propôs a refletir e elaborar um conjunto de indicadores de monitoramento da implementação da “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças em Situação de Violências”. E, para alcançar esse objetivo, formulou-se o marco referencial para orientar a construção de indicadores para o monitoramento de sua implementação; identificou-se, a partir do marco referencial, os aspectos de sua implementação a serem monitorados, que possibilitou a construção dos indicadores de monitoramento da Linha de Cuidado. Na metodologia realizou-se o mapeamento das normativas internacionais sobre os direitos humanos de crianças e as medidas legislativas delas decorrentes, assim como as políticas e pactos, especialmente as diretrizes e ações que deram forma aos princípios e às regras estabelecidas nas normativas para a efetivação dos direitos da criança à proteção integral, apoiada pela produção intelectual sobre esses temas. A estrutura deste trabalho abordou a criança como sujeito de direitos, ancorado nas normativas internacionais, ratificadas e promulgadas pelo País, e nas nacionais regulamentadas âmbito do SUS, visando à formação da agenda para o enfrentamento à violência, por meio da identificação dos marcos regulatórios de políticas, pactos e estratégias implementados, que converge para a atenção integral à saúde de crianças em situação de violências. Foi esse percurso que resultou na formulação da ‘Linha de Cuidado’, na qual se identificou os aspectos que viabilizaram a construção dos indicadores de monitoramento de sua implementação, evidenciando uma trajetória que vai do macro ao micro, do teórico ao prático. Construiu-se um conjunto de indicadores de monitoramento da implementação da ‘Linha de Cuidado’, segundo as dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social. Para cada indicador construído foi

elaborado um 'parâmetro', que expressa o estágio de implementação, qualificado como “*não iniciado*”; “*parcialmente efetivado*”; ou “*efetivado*”, que representa a situação em que deveria estar. Isso permite aos gestores verificar em que fase da implementação o serviço se encontra, o que possibilita a correção de rumos e o fortalecimento da política em curso, concretizando no território os ciclos das políticas públicas.

Palavras chave: atenção integral, indicadores de saúde, direitos humanos, linhas de cuidado, monitoramento e avaliação, saúde da criança, políticas públicas, violência contra a criança.

ABSTRACT

The complexity of full health care of children in situations of violence requires health care investment in integrated care in care lines, combined with networking. This launches the service teams of basic and specialized care the challenge of building an interdisciplinary care practice, articulated in intra and inter-network. The guiding idea of this work was in order to fill this gap, in the light of the principles of human rights, the full protection of the comprehensive care and social justice. The Sistema Único de Saúde has the duty of promoting the right to protection of life and health, through effective implementation of policies that allow the birth and healthy and harmonious development, as well as full care of children who had their rights violated in any way of negligence, discrimination, exploitation, violence, cruelty and oppression. Therefore, this study, following the path of the public policy cycle (formulation, implementation, monitoring and evaluation), set out to reflect and develop a set of indicators for monitoring the implementation of "Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças em Situação de Violências"; and to achieve this goal was posed in the frame of reference to guide the construction of indicators for monitoring its implementation, were identified from the reference point, the aspects of your implementation to be monitored, which allowed the construction of indicators for monitoring it. The methodology was the mapping of regulatory international on human rights of children and the laws thereof. The policies and agreements were identified, especially the guidelines and actions that shaped the principles and rules established in regulations for dealing with. Also considered was the production on these issues. The structure of this work starts in a broader scope and theoretical, which explains the child as a subject of rights, which must be secured by means of integral protection, involves the realization of this right in international instruments, to be ratified and promulgated by in the country, and national are regulated through policies universal health care, advances in relation to the formation of the agenda to address violence through the identification of regulatory policies, agreements and strategies implementation within SUS that converges to the integral health care of children in situations of violence. This journey resulted in the formulation to the 'Linha de Cuidado', in which was identified the aspects that made possible the construction of indicators monitoring its implementation, showing a trajectory that goes from macro to micro, from the theoretical to the practical. From this route, we constructed a set of indicators for monitoring the implementation, organized according to the dimensions of care: care, customer service, reporting and follow-up in network care and social protection. For each indicator was

developed a 'parameter', that expresses the implementation stage, qualified as "uninitiated," "partially actualized" or "actualized", which represents the situation where it should be. This allows the managers to determine in what stage of implementation the service is, which enables the correction of direction and the strengthening of ongoing political, materializing within the cycles of public policy.

Keywords: full care, health indicators, human rights, monitoring and evaluation, children's health, public policy, violence against children.

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro I - Modelo de indicadores de avaliação – estrutura, processo e resultado (proposto por Donabedian, 1984).	32
Quadro II - Normativas internacionais sobre os Direitos Humanos, sobretudo os da Criança: adoção na ONU e ratificação pelo Brasil.	36
Quadro III - Atos de promulgação de normativas internacionais sobre os Direitos da Criança, relacionados aos dispositivos constitucionais e infraconstitucionais.	41
Quadro IV - Programas de saúde para a proteção à vida e à saúde da criança, antes de 1988.	46
Quadro V - Normas operacionais básicas e da Assistência, instrumento de implementação do SUS, após a CF de 1988.	48
Quadro VI - Políticas, programas e pactos que efetivaram direitos individuais e coletivos no âmbito do SUS, após a CF de 1988.	49
Quadro VII - Políticas de saúde e pactos para o enfrentamento da violência.	67
Quadro VIII - Organização do conteúdo da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.	80
Quadro IX - Matriz “A” Aspectos da dimensão relativa ao ACOLHIMENTO.	94
Quadro X - Matriz “B” Aspectos da dimensão relativa ao ATENDIMENTO.	95
Quadro XI - Matriz “C” Aspectos da dimensão relativa à NOTIFICAÇÃO.	96
Quadro XII - Matriz “D” Aspectos da dimensão relativa ao SEGUIMENTO NA REDE.	97

LISTA DE TABELA

	Pág.
Tabela I - População residente de crianças de 0 a 9 anos, segundo o sexo e faixa etária, Brasil - 2010.	26

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura I - Número de óbitos por causas externas (acidentes e violências), na faixa etária de 0 a 9 anos, segundo região. Brasil, 1996 a 2008.*	54
Figura II - Tipos e natureza de violências.	58
Figura III - Porta de entrada/primeiro contato da criança em situação de violências com os serviços de saúde.	82
Figura IV - Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças em situação de violências (dimensões do cuidado).	90
Figura V - Marcos referenciais do direito à proteção integral à saúde da criança e o desenho do monitoramento da Linha de Cuidado.	93

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
CAPS - Centros de Atendimentos Psicossociais
CAPSi - Centro de Atendimento Psicossocial Infanto-Juvenil
CDC - Convenção sobre os Direitos da Criança
CF - Constituição Federal
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CLAVES - Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde - Jorge Careli
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CRAS - Centros de Referência de Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRIALM - Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
CTC – Comitê Técnico Consultivo
DAPES – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
EBBS - Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IFF - Instituto Fernandes Figueira
LC - Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências
MEC - Ministério da Educação
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome
MS - Ministério da Saúde
MRE – Ministério das Relações Exteriores
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB - Norma Operacional Básica
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAC - Saúde - Programa de Aceleração do Crescimento
PAISC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Política de Atenção Integral à Saúde da Criança)
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.
PNH - Política Nacional de Humanização
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PNRMAV - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PSE - Programa Saúde na Escola
RENOSP - Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal
RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SDH - Secretaria de Direitos Humanos
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SINAN_NET - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIPIA - Sistema de Informação de Proteção para a Infância e Adolescência
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SNPDCA - Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
SUAS - Sistema Único da Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UNICEF - Fundo Nacional das Nações Unidas para a Infância no Brasil
UPA - Unidades de Pronto Atendimento
VIVA - Contínuo - Vigilância de Violências e Acidentes (Ficha de Notificação/ Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e /ou outras Violências)
VIVA - Inquérito - Vigilância de Violências e Acidentes (Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Serviço Sentinelas de Urgência e Emergência).

SUMÁRIO

1 Introdução	15
2 ASPECTOS METODOLÓGICOS	21
2.1 Objetivos da Dissertação.....	21
2.2 Definição de 'Criança' utilizada nesta Dissertação.....	25
2.3 Considerações sobre a Ética em Pesquisa.....	27
3 POLÍTICAS PÚBLICAS E SEU PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO.....	28
3.1 Monitoramento e avaliação de políticas e programas.....	30
3.2 Indicadores de monitoramento para a implementação de políticas e programas.....	31
4 A CRIANÇA COMO SUJEITO DO DIREITO À PROTEÇÃO INTEGRAL.....	34
4.1 Trajetória dos direitos da criança no âmbito internacional.....	34
4.2 Trajetória dos direitos da criança no âmbito nacional.....	40
4.3 Políticas de saúde voltadas para crianças: breve síntese histórica.....	44
5. A FORMAÇÃO DA AGENDA PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA.....	53
5.1 Violência como um problema para a saúde e de saúde pública.....	54
5.1.1 Conceitos, definições, tipos e natureza da violência interpessoal.....	57
5.2 Impacto da violência para o desenvolvimento físico e mental da criança.....	60
5.3 Políticas de saúde e pactos para o enfrentamento da violência.....	62
5.4 Linha de Ação: Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz	68
6 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS.	72
6.1 Mudança do modelo de atenção à saúde – um passo a mais para a cidadania.....	73
6.2 O cuidado como prática solidária, inclusiva, transversal e de qualidade.....	76
6.3 Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.....	79
6.3.1 Dimensão do acolhimento.....	83
6.3.2 Dimensão do atendimento.....	84
6.3.3 Dimensão da notificação.....	85
6.3.4 Dimensão do seguimento na rede de cuidado e de proteção social.....	86
7 INDICADORES DE MONITORAMENTO DA LINHA DE CUIDADO.....	92
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102

1. Introdução

“A saúde pública tem obtido resultados notáveis nas últimas décadas, particularmente em relação à redução dos índices de muitas doenças infantis. Entretanto, salvar nossas crianças dessas doenças apenas para permitir que se tornem vítimas da violência [...] seria uma falha da saúde pública.”

(Gro Harlem Brundtland, Diretora da OMS, 2002).

Os direitos da criança foram internacionalmente consagrados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e pela Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), de 1989. Signatário dessas normativas, o Brasil tem buscado, ainda que de forma fragmentada, incorporá-las ao seu ordenamento jurídico e a seu rol de políticas públicas.

Historicamente, o setor saúde tem sido um dos mais atuantes neste processo sociopolítico e jurídico, tornando-se responsável pela implementação de políticas, pactos, programas e ações que, seguindo as normativas internacionais, contribuíram para a efetivação de determinados aspectos dos direitos da criança, a exemplo de programas e ações exitosos, tais como o Programa Nacional de Imunização, de 1970; o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, de 1981; o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc) e de Assistência à Saúde da Mulher (Paism), de 1984; e do primeiro Cartão de Saúde da Criança, de 1986.

Em 1988, a Constituição Federal (CF), pondo fim ao conjunto de normas jurídicas que sustentou a ditadura militar (1964-1985), estabeleceu referenciais ético-políticos e jurídicos para a mudança, ao legitimar, em seu art. 227, os direitos de crianças e adolescentes à vida e à saúde, entre outros, com absoluta prioridade, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Dois anos depois, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), inspirado pelo princípio da proteção integral, estabeleceu como direitos fundamentais o direito à vida e à saúde, entre outros. Foi neste contexto que o Sistema Único de Saúde (SUS) recebeu a missão do ECA para, em sua esfera de atuação, promover tais direitos. Para tanto, cabe ao SUS viabilizar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, garantindo o nascimento, o crescimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, numa combinação de políticas, estratégias e ações de promoção da saúde, de prevenção de violências e de cuidado integral da saúde de crianças com seus direitos violados.

Com o aperfeiçoamento de práticas e premissas dos programas e ações anteriormente citados e com a incorporação, no período pós CF, CDC e ECA, de novos programas e

estratégias de intervenção, consolidou-se no SUS a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança (Paisc).

A Paisc é, portanto, resultado de um conjunto de medidas normativas, legislativas e administrativas adotadas para a efetivação dos direitos da criança. Justamente por isso, ela não está consolidada em um documento único, mas em diferentes políticas, diretrizes, programas e ações que declaram e regulamentam os direitos da criança.

O Ministério da Saúde (MS), a partir de 1998, promoveu mudanças na sua estrutura organizacional e criou áreas técnicas por ciclos de vida, no âmbito do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Neste contexto, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (Crialm/Dapes)¹ tem por competências (i) formular políticas, diretrizes, programas, métodos e instrumentos que reorientem o modelo de atenção à saúde da criança; (ii) desenvolver estratégias que permitam a organização da atenção à saúde da criança, com ênfase na atenção básica, visando favorecer o acesso, a equidade e a integralidade das ações e serviços prestados a esse público, além de (iii) prestar cooperação-técnica a Estados, Municípios e Distrito Federal na organização de ações e estratégias de implementação de políticas e programas de promoção da saúde, de prevenção às doenças e aos agravos, e a atenção e cuidados, mediante a pactuação de metas e indicadores, especialmente para as intervenções voltadas para a redução da mortalidade infantil e na infância.

Para o fortalecimento da Paisc, a Crialm/MS elaborou, em 2005, a *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*. Em 2007, os principais compromissos dessa Agenda foram reordenados em quatro Linhas de Ação: (i) Incentivo e Qualificação do Crescimento e Desenvolvimento; (ii) Atenção à Saúde do Recém-nascido; (iii) Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno; e (iv) **Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz.**

Essas Linhas de Ação agregam componentes de políticas universais, diretrizes e ações específicas, podendo se desdobrar em programas, linhas de cuidado, projetos e planos que funcionam como estratégias de implementação de tais planos na resposta às demandas de saúde da criança.

¹ A Crialm/Dapes responde pela formulação e implementação de políticas para o público de 0 a 9 anos de idade. As ações e estratégias são planejadas em virtude dos principais problemas que acometem a infância, segundo faixa etária, de 0 a 1 ano, de 2 a 5 anos; e de 6 a 10 anos incompletos, com base nos indicadores de mortalidade infantil (< de 1 ano) e na infância (do nascimento aos 5 anos) e de morbidade decorrentes de doenças e agravos à saúde da criança, visando atender as especificidades de saúde de cada faixa etária.

Esse é o caso da Linha de Ação ‘Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz’, que teve como um dos desdobramentos de suas ações a **“Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”**, na qual são definidas as seguintes dimensões do cuidado: acolhimento (construção de vínculos); atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados); notificação (instrumento de proteção e do direito de cidadania); e seguimento na rede de cuidado e de proteção social existente no território (continuidade do cuidado, tanto no âmbito da saúde quanto no das demais políticas sociais e dos sistemas de proteção, justiça e segurança pública entre outros).

Meu interesse por essa Linha de Cuidado é resultado de minha inserção profissional na Crialm/MS, na qual sou a profissional responsável pela coordenação-técnica do seu processo de formulação e implementação. *“Abracei essa causa”* porque considero que a violência contra a criança, mais do que qualquer outra, não se justifica, pois as condições peculiares de desenvolvimento desses cidadãos os colocam em extrema dependência de pais, familiares, cuidadores, do poder público e da sociedade.

Compreendo, pois, que o poder público (e a sociedade) pode atuar de forma mais substantiva no enfrentamento e na superação dessa ameaça, produzindo uma abordagem integrada que combine as ações de promoção da saúde, de prevenção de violências e de cuidado integral de crianças com direitos violados.

Esse é o esforço de meu trabalho na implementação da **“Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”** e de minha reflexão na dissertação aqui apresentada, e no Mestrado como um todo. A formulação da Linha de Cuidado iniciou-se em junho de 2008, a partir do debate com as unidades do MS, enquanto sua oficialização/normatização aconteceu em julho de 2010. Desde então, encontra-se em processo de implementação, que envolve uma complexa pactuação com unidades do próprio ministério e especialmente entre as três esferas de gestão do SUS, por meio de suas instâncias colegiadas, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

É nesse contexto que identifico a situação-problema para a qual se volta esta dissertação: a inexistência de um conjunto próprio de indicadores que possa ser utilizado para o monitoramento da implementação da referida Linha de Cuidado. Em consequência, os indicadores de monitoramento de sua implementação tornam-se o objeto deste estudo.

A inexistência de indicadores de monitoramento específicos para o conjunto de diretrizes e ações desenvolvidas pela “**Linha de Ação: Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz**” dificulta o planejamento das ações de prevenção de acidentes e violências, de promoção da cultura de paz e das estratégias de intervenção e cuidado, alinhadas com a alocação de recursos de maior alcance, que promovam impacto nas condições de saúde e na qualidade de vida da criança, na faixa-etária de 0 a 9 anos, ou seja 10 anos incompletos, considerando que os recursos são escassos e reduzidos para a implementação de todas as diretrizes e ações específicas das políticas de saúde universais e das Linhas de Ação da Paisc.

Essa inexistência de indicadores tem preocupado o MS, gestor federal do SUS, conforme enfatizou o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, já em seu discurso de posse, fevereiro de 2011, no qual destacou a importância de criar um indicador nacional que meça a qualidade do acesso aos serviços de saúde. No cotidiano do MS, esta preocupação tem se traduzido nos departamentos, cordenações e nas áreas técnicas, que estão sendo instadas a produzirem indicadores e a desenvolverem estratégias de acompanhamento de suas ações, programas e políticas.

O presente trabalho constitui-se, portanto, em uma aproximação de demandas da gestão pública à reflexão sobre os problemas públicos produzida na academia. Isso concretiza uma necessária parceria entre Estado e Academia que, além de qualificar os profissionais da função pública, coloca professores e pesquisadores em contato direto com os problemas da gestão pública brasileira, fazendo com que seus estudos e reflexões apoiem-na. Em decorrência, as dissertações produzidas nesse contexto revestem-se de relevância, uma vez que contribuem para o avanço das políticas públicas e para o desenvolvimento e qualificação profissional.

Esta dissertação conta com 7 capítulos, incluindo o Capítulo 1 da “**Introdução**” e o Capítulo 2 sobre os “**Aspectos Metodológicos**” que abrange o objeto, os objetivos geral e específicos e as considerações éticas necessárias para a elaboração dos indicadores de monitoramento da referida linha de cuidado.

Em seguida, o Capítulo 3 - “**Políticas Públicas e seu Processo de Implementação**”, apresenta os referenciais e reflexões teóricas que orientaram o estudo que produziu esta dissertação. Nele se discute os conceitos de 'políticas públicas', 'implementação', 'monitoramento', 'avaliação' e 'indicadores', apresentando-se suas principais definições e autores e, por conseguinte, definindo-se as opções teóricas aqui adotadas. Também são analisados modelos explicativos de políticas públicas e, neste contexto, definida a concepção

sobre a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças em Situação de Violências”.

No Capítulo 4 - “**A Criança como Sujeito do Direito à Proteção Integral**”, descreve-se o percurso do movimento dos direitos da criança à proteção integral no cenário internacional, com destaque para a análise dos acordos, tratados, convenções e protocolos que expressam a concordância dos Estados-Partes e as medidas legislativas delas decorrentes, adotadas no âmbito nacional. Faz-se um resgate histórico da trajetória dos direitos da criança no cenário nacional, tanto no período anterior quanto posterior à CF de 1988, ressaltando-se, porém, que é a partir de 1988 que as crianças foram reconhecidas como sujeito de direitos com *status* de prioridade absoluta. Destacam-se também, os programas e políticas mais significativos para a efetivação do direito à proteção e à saúde, embora centrados em torno da preocupação com as principais causas de mortalidade infantil e na infância. Tais procedimentos fizeram-se necessários para que se pudesse identificar o momento em que o tema da violência contra a criança passou a fazer parte da agenda de prioridades nas políticas de saúde, tratado no capítulo seguinte.

No Capítulo 5 - “**A Formação da Agenda para o Enfrentamento da Violência contra a Criança**”, aborda-se a violência como um problema para a saúde e de saúde pública, destacando os conceitos, definições e os principais tipos e natureza da violência interpessoal na dimensão intrafamiliar, bem como seu impacto para o desenvolvimento físico e mental da criança, que leva ao sofrimento individual e familiar. Essa agenda passa a ser protagonizada pela rede pública de saúde por ser o *locus* privilegiado para a identificação e notificação dos casos suspeitos e confirmados, assim como para prover atenção e cuidados às criança em situação de violências.. Em seguida, destaca-se um conjunto de políticas de saúde e pactos adotados para o enfrentamento da violência, sobretudo contra a criança, cujas diretrizes e ações específicas requerem implementação, o que vem sendo feito no âmbito da Linha de Ação: Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz, da Crialm/Dapes/SAS.

No Capítulo 6 - “**Atenção Integral à Saúde de Crianças em Situação de Violências**”, resgata-se a discussão sobre os direitos humanos e o direito à proteção integral e à saúde, discutidos nos capítulos 4 e 5, desde o texto constitucional de 1988, o ECA, e os princípios e diretrizes do SUS, que nortearam as políticas de saúde. Também se discute as dificuldades para a efetivação desses direitos e a concretização do princípio da integralidade do cuidado ou atenção integral, à luz do modelo de atenção à saúde, com ênfase no componente assistencial.

Discorre-se, ainda, sobre as definições do princípio de integralidade (do cuidado ou da atenção) como sinônimo de atenção integral, no sentido do cuidado como prática inclusiva, transversal e de qualidade, inspirada no princípio da proteção integral e da justiça social, para que nenhuma criança seja objeto de qualquer forma de violência. Conclui-se com a análise da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e suas Famílias em Situação de Violências, visando à identificação dos aspectos que orientaram a proposta de indicadores de seu monitoramento, discutidos no capítulo seguinte.

Por fim, no Capítulo 7, “**Indicadores de Monitoramento da Linha de Cuidado**”, apresenta-se o percurso realizado até a identificação dos aspectos que orientaram a construção dos indicadores. Esses se encontram organizados em quatro matrizes, a partir das dimensões do cuidado: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede. Para cada indicador construído foi elaborado um 'parâmetro', que expressa o estágio de implementação da Linha de Cuidado no serviço, qualificados como “*não iniciado*”; “*parcialmente efetivado*”; ou “*efetivado*”, de modo que o gestor passa a ter a compreensão das potencialidades e das fragilidades do serviço, indicando assim quais são os próximos passos desse processo.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A fim de que os debates propostos e suscitados por uma dissertação sejam coerentemente estabelecidos, faz-se necessário apresentar a construção metodológica que orientou sua elaboração, conduziu seu desenvolvimento e gerou seus resultados. Atendo-se aos objetivos de uma dissertação, tais necessidades são sintetizadas na reflexão de que para seu **objetivo geral** ser atingido, é fundamental que determinadas tarefas imprescindíveis sejam identificadas e executadas. Essas tarefas são os **objetivos específicos** da presente dissertação.

Por conta disso, apresentam-se a seguir os objetivos - geral e específicos - do estudo, buscando-se, em seguida, explicar como a realização dos objetivos específicos redundou na consecução do objetivo geral.

2.1 Objetivos da Dissertação

Objetivo geral

Elaborar um conjunto de indicadores de monitoramento da implementação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças em Situação de Violências.

Objetivos específicos

- Oe1) Formular marco referencial que oriente a construção de indicadores para o monitoramento da implementação da ‘Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças em Situação de Violências’;
- Oe2) Identificar, a partir do marco referencial formulado em Oe1, os aspectos da implementação da ‘Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças em Situação de Violências’ que devem ser monitorados;
- Oe3) Construir, para os aspectos identificados em Oe2, indicadores que viabilizem seu monitoramento.

Para a elaboração do conjunto de indicadores do qual trata esta dissertação, considerou-se que o primeiro movimento – isto é, o primeiro objetivo específico (Oe1) - seria o de formular um marco referencial que subsidiasse a construção de tais indicadores.

Para tanto, buscou-se, inicialmente, mapear, no ordenamento jurídico brasileiro, as normas constitucionais e infraconstitucionais (o que inclui as normativas internacionais as quais o Brasil ratificou, visto que, após o ato de promulgação, assumem força de lei) sobre os direitos da criança. Tal opção justifica-se porque essas normativas são fontes de orientação para as ações, programas e políticas voltadas para a atenção integral à saúde de crianças,

condicionando o Brasil a apresentar à Organização das Nações Unidas (ONU), a cada cinco anos, relatórios sobre as medidas adotadas para tornar efetivos os direitos da criança.

Essas normativas internacionais foram identificadas por meio de pesquisa nos sítios oficiais da ONU - (<http://www.onu-brasil.org.br>); da Organização Mundial da Saúde (OMS) (<http://www.who.int/en/>); da Organização Não Governamental (ONG) *Save the Children* (<http://www.savethechildren.org>), e do Ministério das Relações Exteriores (MRE) (<http://www2.mre.gov.br>).

Elas são apresentadas no **Quadro II - Normativas Internacionais sobre Direitos Humanos, sobretudo da Criança: adoção na ONU e ratificação pelo Brasil**, no qual se destacam os artigos 19 (proteção da criança de todas as formas de violência); o artigo 24 (o direito de a criança gozar do melhor padrão de saúde e do acesso aos serviços); o artigo 25 (a internação e os cuidados com o tratamento e a recuperação) da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), e o artigo 9º de seu Protocolo Facultativo. Nesses, buscou-se identificar as recomendações feitas aos Estados Partes para a prevenção de violências e atenção integral à saúde da criança com direitos violados por alguma forma de violência interpessoal, especialmente intrafamiliar.

De maneira análoga, procedeu-se ao estudo das normas constitucionais e infraconstitucionais, que foram levantadas nos sítios da Presidência da República (<http://www.presidencia.gov.br/legislacao/>) e do Sistema de Legislação em Saúde - Saúde Legis, do MS (<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>). Dentre essas, foram mapeadas as que tratam dos direitos da criança, as leis e os decretos decorrentes das normativas internacionais, abrangendo dispositivos da própria CF de 1988, que orientam a criação do ECA, e das Leis orgânicas que regulamentam o SUS, conforme detalhado no **Quadro III - Atos de promulgação de normativas internacionais sobre os Direitos da Criança, relacionados aos dispositivos constitucionais e infraconstitucionais**.

Em seguida ao mapeamento acima mencionado, buscou-se identificar as políticas, pactos nacionais e normas operacionais básicas, editadas por portarias, que orientaram as ações voltadas para a saúde, especialmente àquelas voltadas para a criança. Procedeu-se desta forma porque as políticas, programas e ações, originadas do conjunto de medidas legislativas, procuram de diferentes maneiras e por meio de diferentes instrumentos efetivarem os direitos da criança em consonância com as normativas ratificadas, anteriormente mapeadas. Elas são apresentadas em dois momentos distintos: no primeiro o **Quadro IV - Programas de saúde que visam à garantia do direito à saúde da criança, antes de 1988**; no segundo reúne o **Quadro V - Normas Operacionais Básicas e da Assistência, instrumento de**

implementação do SUS, após a CF de 1988; e o Quadro VI - Políticas, programas e pactos que efetivaram direitos individuais e coletivos no âmbito do SUS, após a CF de 1988.

Em sequência, foram analisadas de maneira mais detalhada as políticas de saúde, sobretudo as diretrizes e ações delas decorrentes, especialmente da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001), da Política Nacional de Atenção às Urgências (2003), da Política Nacional de Humanização do SUS (2004), da Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), e a da Política Nacional da Atenção Básica (2006), conforme disposto no **Quadro VII - Políticas de saúde e pactos para o enfrentamento da violência**. Essas políticas e pactos orientaram a formulação da ‘Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências’.

A opção por formular um marco referencial, a partir de um conjunto de normativas efetivadas por meio de políticas públicas justifica-se pelos seguintes motivos: (i) o Brasil precisa cumprir as normas internacionais das quais é signatário, o que deve ser feito, sobretudo, pela incorporação destas ao ordenamento jurídico brasileiro; (ii) diante disso, as políticas formuladas no âmbito do MS, gestor federal do SUS devem dar conta de tal necessidade; (iii) por conseguinte, a Crialm/Dapes, a unidade do ministério responsável pelas políticas voltadas para a atenção integral à saúde da criança, é a que tem a incumbência de, em sua área de atuação, incorporar os aspectos preconizados pelas normativas; (iv) nesse contexto, a Linha de Cuidado aqui estudada, ao articular as diretrizes e ações já existentes nas políticas universais com novas propostas, teve sua formulação influenciada pela incorporação das normativas; e (v) há de se ressaltar que a ênfase na incorporação de normativas não significa que se abriu mão do estudo sobre a reflexão produzida pelos estudiosos(as) dos direitos da criança.

A elaboração do marco referencial conduziu ao segundo objetivo específico: identificar, a partir do marco referencial formulado em Oe1, os aspectos da ‘Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências’ que, em seu processo de implementação, devem ser monitorados.

O primeiro passo foi o de definir que, para considerar a Linha de Cuidado implementada em um determinado município, é necessário que os serviços da atenção básica e/ou da especializada contemplem as ações orientadas pelas quatro dimensões do cuidado: acolhimento; atendimento; notificação; e seguimento na rede de cuidado e de proteção social. Em face disso, compreende-se a importância de se identificar os aspectos centrais de cada uma

dessas quatro dimensões, isto é, aqueles que, se não forem concretizados, não se pode considerar que houve a implementação da Linha de Cuidado.

A partir desse procedimento, foi possível atingir o terceiro e último objetivo específico: construir, para cada aspecto identificado em Oe2, indicadores que viabilizem o monitoramento da implementação da Linha de Cuidado.

Para a construção de tais indicadores, buscou-se, na literatura, subsídios referente ao 'ciclo de políticas' e a 'indicadores', sobretudo na bibliografia trabalhada pelas disciplinas do curso de Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas. Além disso, foram consideradas as referências de monitoramento e avaliação da Política Nacional de Humanização (PNH), do SUS.

Optou-se por construir indicadores simples (em detrimento de indicadores compostos) que, além de viabilizarem o monitoramento, sejam de fácil compreensão e assimilação para o conjunto de gestores e profissionais envolvidos em sua aplicação. Tal decisão foi tomada com o principal intuito de gerar uma maior consonância dos indicadores com a realidade em que serão aplicados, que abarca relações políticas, profissionais e culturais complexas (tanto mais, porque interfederativas). Nesse tom, tem-se a intenção de que os indicadores – e mesmo a proposta de monitoramento -, possam ser apropriados e aperfeiçoadas pelos profissionais que atuam na rede de saúde.

Procurou-se, assim, superar um problema típico das iniciativas de monitoramento de políticas públicas, o de não serem bem assimiladas por gestores e profissionais envolvidos em sua aplicação, o que acontece, muitas vezes, pela incompreensão e conseqüente dificuldade de incorporação de indicadores, instrumentos e resultados da avaliação às suas práticas cotidianas de trabalho. Assim, para cada indicador construído, elaborou-se um 'parâmetro', que representa a situação em que, de acordo com o preconizado na formulação da Linha de Cuidado, o processo de implementação deveria estar.

Os indicadores e seus parâmetros foram sistematizados em um instrumento que viabiliza a coleta das informações junto aos serviços de saúde, possibilitando a verificação do estágio de implementação da Linha de Cuidado, por meio da comparação do resultado apurado pela aplicação do instrumento ao parâmetro de cada indicador. Esta comparação “realidade x parâmetro”, produz um resultado que expressa o estágio do processo de implementação, que será qualificado como “*não iniciado*”; “*parcialmente efetivado*”; ou “*efetivado*”, conforme pode ser verificado no capítulo 7 desta dissertação.

A intenção desse procedimento não tem um caráter punitivo aos que não iniciaram, ou que se encontram ainda em estágio parcial de implementação. Pelo contrário, constitui-se em

oportunidade de mostrar aos responsáveis pelo processo de implementação da Linha de Cuidado, as potencialidades e fragilidades/dificuldades dos serviços da rede de saúde, podendo refletir também na rede de proteção social, existente no território. Tal objetivo é reforçado pelo fato de, conforme acima explicado, os indicadores terem sido construídos de maneira a abarcar as quatro dimensões da Linha de Cuidado, o que possibilita identificar se as dificuldades estão concentradas em uma determinada dimensão ou dispersas por elas, além permitir também identificar qual o nível de atenção a que o serviço se refere, favorecendo a intervenção e orientação dos passos seguintes desse processo.

Cumpra-se assim, o objetivo geral desta dissertação.

2.2 Definição de 'Criança' utilizada nesta Dissertação

Embora para o senso comum possa parecer simples definir 'criança', tanto no âmbito das políticas públicas quanto de uma dissertação, isso não é uma verdade, uma vez que ambas precisam definir com precisão seu público-alvo. No âmbito da dissertação aqui apresentada, a multiplicidade de definições para criança obriga a uma reflexão sobre o caminho adotado para a escolha da mais adequada, ou seja, a que melhor se aplica à política pública para a qual se pretende contribuir. A 'Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências', aqui adotada tem foco apenas para a criança, na faixa etária de 0 a 9 anos, ou seja 10 anos incompletos, e utilizada simplesmente a denominação de Linha de Cuidado.

Em primeiro lugar, é preciso destacar que a ideia de se definir 'criança', segundo faixa etária, vai depender do referencial teórico que se queira adotar e os aspectos que se pretenda abordar.

Para os juristas e os legisladores, pelo ângulo do direito, essa definição remete ao surgimento do conceito de 'menor', carregado de um simbolismo emblemático, fruto das "concepções, intenções e operacionalização de um direito voltado à assistência e proteção," especialmente aos órfãos, pobres e delinquentes, bem como aqueles que se encontrassem em situação irregular (VENTURI, 2010, p 165).

A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), de 1989, preconiza um novo lugar social para as crianças, resultado de lutas fundamentais de movimentos sociais, como sujeito de direitos, sem, no entanto, desconsiderar as ações de proteção de que também são merecedoras (VENTURI, 2010).

A percepção da criança sob o ponto de vista do desenvolvimento cognitivo ou biopsicossocial, o que também não é tão simples, uma vez que depende de aspectos relacionados à formação, à experiência profissional e à orientação teórica de cada especialidade. Para o pediatra, numa definição clássica, o desenvolvimento é entendido como o ‘aumento da capacidade do indivíduo na realização das funções cada vez mais complexas’. O neuropediatra concentra o olhar para a “maturação do sistema nervoso central”. Já o psicólogo volta-se para os “aspectos cognitivos, na inteligência, adaptação, interrelação com o meio ambiente”, ao passo que o psicanalista coloca em evidência “às relações com os outros e à constituição do psiquismo.” (OPAS, 2005, p 11).

Embora tais posicionamentos tenham méritos, as ideias defendidas, especialmente em relação ao desenvolvimento cognitivo ou biopsicossocial, por serem de difícil mensuração para o objetivo aqui proposto, tornam-se abstratas e pouco ou nada funcionais.

Segundo a CDC, 'criança' é toda pessoa até 18 anos de idade. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente considera criança a pessoa até 12 anos incompletos. Por seu turno, o MS segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), nas quais a criança é a pessoa que tem entre 0 e 9 anos de idade, ou seja, 10 anos incompletos.

Considerando que o objetivo geral desta dissertação é elaborar um conjunto de indicadores de monitoramento da implementação da Linha de Cuidado, fazer a opção por uma faixa etária é imprescindível para este estudo, portanto, adota-se a utilizada pelo ministério.

Assim, de acordo com o Censo Demográfico de 2010, realizado pelo IBGE, viviam no Brasil mais de 28 milhões de crianças de 0 a 9 anos, desses mais da metade são de crianças de 5 a 9 de idade. Quanto ao sexo percebe-se uma pequena variação entre meninos e meninas menores de um ano de idade. Entretanto, essa diferença vai se acentuando nas faixas etárias seguintes, de 1 e 4 anos e de 5 a 9 anos, conforme ilustra a **Tabela 1**.

Tabela 1- População residente de crianças de 0 a 9 anos, segundo o sexo e faixa etária, Brasil - 2010

Sexo/Faixa Etária	0 a 9 anos	< 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos
Masculino	14.641.131	1.378.532 (9,4%)	5.638.455 (38,6%)	7.624.144 (52%)
Feminino	14.124.403	1.334.712 (9,5%)	5.444.460 (38,5%)	7.345.231 (52%)
Total	28.765.534	2.713.244 (9,4%)	11.082.915 (38,6%)	14.969.375 (52%)

Fonte: Censo Demográfico (IBGE, 2010).

2.3 Considerações sobre a Ética em Pesquisa

A ética na pesquisa é construída a partir dos seguintes pilares: ‘autonomia’ (o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos que de alguma forma participam da pesquisa); ‘beneficência’ (o compromisso do pesquisador em refletir sobre suas ações e estratégias, sempre privilegiando os procedimentos que tragam o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos aos sujeitos da pesquisa); ‘não-maleficência’ (a garantia de que danos previsíveis serão evitados); e ‘justiça e equidade’ (a relevância social da pesquisa contida na premissa de que ela deve trazer contribuições significativas para os sujeitos envolvidos, minimizando possíveis ônus) (CNS, 1996)

O trabalho de pesquisa que gerou a presente dissertação, por ser baseado em fontes secundárias de acesso público, não a enquadra no rol das dissertações que devem ser analisadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Isto não permite nem isenta a autora de trabalhar o rigor metodológico e a reflexão constante sobre a ética dos procedimentos empregados na pesquisa.

Uma vez que esta dissertação volta-se para o monitoramento e avaliação de uma política pública, tem-se como principal reflexão o fato de que a beneficência é o princípio ético que a rege, posto que o aperfeiçoamento da política tem como decorrência a melhoria de suas ações e, por conseguinte, a melhoria do atendimento à criança (e sua família) que teve o direito violado por ausência de outras políticas ou outra circunstância.

Isso já aponta para a consecução do princípio da justiça e equidade e torna possível afirmar que, além de gerar benefícios, a presente dissertação apresenta risco quase nulo de gerar maleficência e, ainda que em termos hipotéticos estes possam existir, são, perante os benefícios, desconsideráveis.

3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E SEU PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO

A área de estudos e pesquisas sobre políticas públicas surgiu, na Europa, numa postura teórico-prática que buscava explicar o papel do Estado pensando o governo como protagonista da produção de políticas públicas. Já nos Estados Unidos, nasceu como uma área do conhecimento e disciplina acadêmica com ênfase nos estudos sobre a ação do governo (SOUZA, 2007).

A consolidação dos estudos sobre políticas públicas contou com a participação de importantes pensadores, considerados os fundadores dessa área. Dentre eles, destacam-se *H. Laswell* (1936), que introduziu a expressão *policy analysis* (análise de políticas públicas); *H. Simon* (1957), que acrescentou o conceito de racionalidade limitada dos *policy makers* (tomadores de decisão); *C. Lindblom* (1959, 1979), que criticou a ênfase no ‘racionalismo’ dos seus antecessores e incorporou as variáveis de relações de poder e a integração entre diferentes fases do processo decisório, com um princípio e um fim; e *D. Easton* (1965), que definiu as políticas públicas como um sistema que articula a formulação, os resultados e o ambiente (SOUZA, 2007).

Existem várias definições sobre o que seja política pública, dentre elas, destacam-se as mais recorrentes, com os respectivos autores: *Lynn* (1980): ‘um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos’. Já segundo *Peters* (1986), seria ‘a soma das atividades do governo [...] que influenciam a vida dos cidadãos’. *Dye* (1984), por sua vez, ‘sintetizava a definição de política pública como o que o governo escolhe fazer ou não fazer.’ (SOUZA, 2007, p.68).

Observa-se que tais definições gravitam em torno de decisões emanadas do governo e que, de alguma maneira, influenciam no cotidiano dos cidadãos, seja de forma direta ou indireta, gerando impacto positivo ou negativo, no qual se destacam alguns elementos que permitem:

- a distinção entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz;
- o envolvimento de vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada por meio de ações governamentais; e
- o desdobramento de processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação.

Nesta dissertação, adota-se a definição apresentada por *Lowi* (1985), que tem o potencial de sintetizar diferentes aspectos aventados pelas definições anteriormente aludidas:

Uma regra formada por alguma autoridade governamental que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular, o comportamento individual ou coletivo através do uso de sanções positivas ou negativas. (REZENDE, 2004, p 13 apud SOUZA, 2007, p. 68).

Ao longo das últimas décadas foram desenvolvidos “*alguns modelos explicativos para se entender melhor como e por que o governo faz ou deixa de fazer alguma ação que repercutirá na vida dos cidadãos.*” Dentre os principais modelos destacam-se a tipologia desenvolvida por *Theodore Lowi*, que adotou como máxima: ‘a política pública faz a política’, apresentando quatro formatos de políticas: distributivas (impacto individual), regulatórias (telecomunicação, energia, vigilância), redistributivas (sistema tributário e previdenciário) e constitutivas (procedimento) (SOUZA, 2007 p, 72).

Neste contexto, compreende-se que a “*Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*”, objeto desta dissertação, pode ser analisada como uma ‘política constitutiva’, pois estabelece, dentre outras medidas, procedimentos para o cuidado de crianças e adolescentes em situação de violência sexual. Além disso, ela assume a função não só de normatizar as diretrizes das políticas universais de saúde de promoção da saúde, de prevenção de violências e de atenção integral às vítimas. Por outro lado, também define diretrizes da linha de cuidado, estabelecendo as dimensões do cuidado: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social, em cada ponto de atenção, além de promover a conexão com a rede de serviços no território, formando elos de cuidado e de proteção, e de responsabilização do serviço e/ou cuidador pela ação do cuidado.

Em outra perspectiva, as políticas públicas podem ser analisadas a partir de uma proposta que se expressa num ‘ciclo’ constituído dos seguintes ‘estágios’: definição da agenda, escolhas das alternativas, análise das opções, seleção das opções, implementação e avaliação, que após o processo de formulação são “desdobradas em planos, programas, projetos bases de dados ou sistemas de informação.” (SOUZA, 2007, p.70).

O Ministério da Saúde adota perspectiva semelhante, propondo que a elaboração de políticas públicas compreenda a definição do problema, ou da agenda, a definição das políticas (normas) e as políticas e seus desdobramentos (implementação, monitoramento e avaliação), sem deixar de considerar a participação da sociedade em todas as fases desse ciclo (BRASIL, 2009).

Assim, o estudo da implementação de políticas públicas, em especial seu monitoramento e avaliação, é um dos temas privilegiados da agenda contemporânea que se volta para a análise do Estado (governo) em ação. Como referido anteriormente, a “*Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*” está justamente em processo de implementação, demandando, pois, monitoramento e avaliação.

3.1 Monitoramento e avaliação de políticas e programas

O monitoramento consiste no acompanhamento contínuo e permanente, por parte de gestores e gerentes, dos objetivos e metas de um programa ou política. O termo ‘monitoramento’ pode referir-se a dois processos distintos, mas conexos. O primeiro é de acompanhamento dos programas como uma atividade interna da organização, realizado à distância. O segundo visa a verificação do processo de implementação “*in loco*”, por meio de pesquisas rápidas, qualitativas. Ambos requerem acompanhamento de forma regular e com o uso de indicadores (VAITSMAN, 2007).

O monitoramento é um processo de acompanhamento de determinada política ou ação, que toma por base os objetivos e metas estabelecidos para fins de implementação, utilizando indicadores como meio de medir o desempenho, verificar se os objetivos e metas estão sendo alcançados. O conceito de avaliação pode ser entendido como “um dispositivo de produção de informação”. As avaliações são utilizadas por agentes públicos como fonte de poder para a tomada de decisão, que possam impactar de forma positiva ou negativa na vida do cidadão (BRASIL, 2007, p.13).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a avaliação é entendida como o:

‘Processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentais em seus objetivos. É um processo organizacional para a implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão, implementação monitoramento e avaliação.’ (BRASIL, 2007, p.13).

Portanto, o monitoramento, assim como a avaliação, são elementos essenciais para a produção de informação qualificada e sistematizada sobre programas, políticas, ações, serviços e intervenção, a fim de orientar a tomada de decisão por parte de gestores e técnicos. Ambos são elementos cruciais para mudanças e ajustes dos processos em execução, visto que fornecem informações para o contínuo aperfeiçoamento das políticas ou programas visando

promover a melhoria do desempenho, bem como alcançar os objetivos e metas previstos no planejamento (VAITSMAN, 2007).

Para fins desta dissertação, optou-se pela modalidade de monitoramento, considerando a Linha de Cuidado como uma estratégia para a implementação de políticas e pactos, cujas ações e metas encontram-se em fase de pactuação com os gestores das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), especialmente dos estados pertencentes à região Nordeste e da Amazônia Legal (que inclui a região Norte e os Estados do Maranhão e do Mato Grosso), além dos seis municípios do piloto da Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (EBBS): Florianópolis (SC), Rio de Janeiro (RJ), Campo Grande (MS), Rio Branco (AC); e Araripina e Santa Filomena (PE).

3.2 Indicadores de monitoramento para a implementação de políticas e programas

Não se pretende aqui esgotar as definições existentes em torno do tema relativo aos indicadores, mas destacar a definição utilizada para fins deste estudo.

Os indicadores em saúde foram concebidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas, bem como monitorar as condições de saúde da população, além de ressaltar os atributos e as dimensões do estado de saúde do conjunto da população ou grupo específico (RIPSA, 2008).

Indicadores em saúde são medidas-síntese que contém informações relevantes sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. São instrumentos utilizados para monitoramento e avaliação de objetivos e metas quantificáveis (BRASIL, 2006b).

A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença ou agravo até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), entre outros (RIPSA, 2008).

Os indicadores são utilizados, de forma constante, no monitoramento e avaliação dos objetivos e metas em saúde, como ferramenta de gestão, buscando estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes e promover o desenvolvimento de sistemas de informação intercomunicados e confiáveis, condição essencial para a análise objetiva das situações de saúde, além de favorecer a tomada de decisão baseada em evidências e a programação de ações de saúde (RIPSA, 2008).

A qualidade de um indicador é reconhecida a partir das propriedades de seus componentes, conjugados em sua formulação a frequência dos casos, o tamanho da população em risco, a precisão dos sistemas de informação, além de outros aspectos de grande relevância, indispensáveis para determinar o grau de excelência de um indicador. Essa é definida pela sua validade, que representa a capacidade de medir o que se pretende, e a confiabilidade, na medida em que reproduz os mesmos resultados quando aplicado em condições similares. São também atributos importantes de um indicador: mensurabilidade, relevância, e custo-efetividade, além de considerar as características relacionadas à qualidade, à integralidade ou completude, e à consistência interna (RIPSA, 2008).

O Quadro I apresenta o modelo desenvolvido por Donabedian (1984).

Quadro I – Modelo de indicadores de avaliação – estrutura, processo e resultado (proposto por Donabedian, 1984).

Indicador de estrutura	Representa as condições sob as quais o cuidado à saúde é oferecido ao paciente/usuário. (ex.: as condições de área física, tecnologia apropriada, recursos humanos, medicamentos, acesso a normas de avaliação e cuidados).
Indicador de processo	Indica a oferta real de cuidados dispensados aos pacientes/usuários. Apontam o que os profissionais de saúde fazem em cada situação/problema. Em geral, esses indicadores são comparados a padrões de qualidade previamente estabelecidos, como <i>guidelines</i> nacionais ou internacionais.
Indicador de resultado	Reflete o quanto o paciente/usuário do serviço teve a sua queixa ou problema resolvido. No entanto, esses devem ser avaliados levando em conta o nível de complexidade do serviço e sua adequação para resolver o problema. Considerando que a violência é um problema complexo e exige cuidados e proteção de outras políticas setoriais, serão utilizados nas dimensões relativas à satisfação do paciente e do profissional

Fonte: (BRASIL, 2007).

Nesta dissertação, incorporam-se determinadas propostas apresentadas pelo modelo desenvolvido por *Donabedian* (1984) – sintetizado no **Quadro I** -, em especial no que se refere aos 'indicadores de estrutura' e aos 'indicadores de processo', pois são esses aspectos que melhor podem ser analisados durante um processo de implementação de políticas públicas. Por conta disso, os indicadores criados e apresentados no capítulo 7 desta dissertação voltam-se muito mais para os aspectos relacionados à estrutura, ao funcionamento e à oferta de cuidados, do que para os resultados.

Apresentados os conceitos de políticas públicas, implementação, monitoramento, e indicadores que fundamentam esta dissertação, faz-se necessário avançar para a construção do marco referencial que irá nortear a produção dos indicadores de monitoramento da implementação da “*Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*”.

Para tanto, os capítulos 4, 5 e 6 são dedicados a essa construção, numa dinâmica que (i) inicia-se em um âmbito mais amplo e teórico, que explica a criança como sujeito de direitos que devem ser garantidos por meio de proteção integral; (ii) passa pela concretização deste direito nas normativas internacionais e nacionais e nas políticas de saúde e (iii) no processo de formação da agenda para o enfrentamento à violência por meio da formulação de políticas, pactos e estratégias; e (iv) converge para a atenção integral à saúde da criança em situação de violências, com ênfase nos aspectos a serem trabalhados na Linha de Cuidado, evidenciando uma trajetória que vai do macro ao micro, do teórico ao prático. Serão os aspectos evidenciados nesta trajetória que funcionarão como marco referencial do monitoramento da implementação da LC.

4 A CRIANÇA COMO SUJEITO DO DIREITO À PROTEÇÃO INTEGRAL

4.1 A trajetória dos direitos da criança no âmbito internacional

Segundo Ariès (1981), a descoberta de que a infância era importante para a sociedade ocorreu no século XIII. Mas foi apenas nos séculos seguintes (XV e XVI) que começa a ser registrada a sua importância na história da arte e na iconografia, tornando-se cada vez mais expressivo os sinais de desenvolvimento da criança, especialmente durante o século XVI e XVII, atribuídos ao processo de cristianização mais intensa dos costumes. Ao longo desse período, a mortalidade infantil manteve-se em patamares bastante elevados, motivo pelo qual a criança passou a ser vista como um ser frágil e ameaçado, passando a merecer atenção e cuidados específicos.

Foi somente a partir de 1919 que o debate em torno dos direitos humanos começou a ganhar espaço na agenda política internacional, com a criação da Liga das Nações, momento importante em que se expressa o reconhecimento da titularidade e proteção de direitos individuais não mais restritos à esfera nacional, voltando seus esforços para as obrigações coletivas, especialmente para a proteção das minorias (BRASIL, 2010c).

Em 1924, foi proclamada a primeira 'Declaração dos Direitos da Criança', conhecida como 'Declaração de Genebra', que contou com a participação efetiva da organização não governamental inglesa *Save the Children* (*International Save the Children Alliance*), criada com a missão de proteger e cuidar das crianças vítimas da Guerra (<http://www.savethechildren.org>, 2010).

Com o fim da Segunda Guerra Mundial e diante de um cenário marcado por todas as formas de violações dos direitos humanos, a exemplo do 'holocausto', teve início o processo que deveria almejar a (re)construção de uma nova sociedade, pautada por valores éticos e com objetivos voltados para a proteção e a promoção da pessoa humana (<http://onu.org.br/conheca-a-onu/a-historia-da-organizacao/>, 2011).

Em 1945, foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU), ocasião em que se lançou a 'Carta das Nações Unidas', regida pelos princípios da liberdade, da justiça e da paz mundial, que deu origem a um conjunto de metas, dentre elas, a busca por um melhor padrão internacional de saúde. Em seguida, a Assembléia Geral da ONU, aprovou, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nela, foram proclamadas “que a infância tem direito a cuidados especiais, além de assegurar a igualdade de direitos.” (BRASIL, 2010c; BRASIL, 2010b, p.195).

O conceito de 'direitos humanos', numa perspectiva universal, é uma ideia universal, algo que torna cada pessoa importante, independente do lugar em que vive, uma ideia que pode ser partilhada, apesar da diversidade de jurídico legal dos países. Contudo, não se pode deixar de registrar que o tema dos direitos humanos também tem sido objeto de intensos debates políticos entre países, povos, culturas e indivíduos, no qual se interpõem variadas crenças e reivindicações (SEM, 2001).

Segundo Amartya Sem (2001), os 'direitos humanos', em seu sentido mais amplo de 'direitos de todo ser humano', é uma ideia relativamente nova, pouco disseminada mundialmente. No entanto, outras ideias - como o valor da tolerância ou a importância da liberdade individual - sempre foram defendidas e apoiadas, desde a antiguidade.

É fato que advogar pelos direitos humanos tem sido um consenso entre nações e países, e os direitos da criança estão reunidos em vários documentos político-jurídicos produzidos pela ONU com o fim de garantir a proteção integral a esses cidadãos.

Os instrumentos mais comuns para expressar a concordância do Estado-Parte da ONU sobre temas de interesse geral, como os direitos humanos de crianças, são os acordos, tratados, convenções, protocolos, resoluções e estatutos (GUIA DE DIREITOS HUMANOS, 2003).

Os acordos são usados, em regra gerais, para caracterizar negociações bilaterais de natureza política, econômica, comercial, cultural, científica e técnica. Os tratados são atos bilaterais ou multilaterais aos quais se deseja atribuir especial relevância política. As convenções costumam ser empregadas para designar atos multilaterais, oriundos de conferências internacionais e que abordem assunto de interesse geral. Por fim, o Protocolo designa acordos menos formais que os tratados, podendo ser utilizados de forma complementar aos tratados e aos acordos (<http://www2.mre.gov.br/dai/003.html>, 2011).

Assim, considerando que somente as convenções, os tratados e os protocolos internacionais são passíveis de aprovação e ratificação, são apresentadas no **Quadro II** as principais normas internacionais sobre o tema dos direitos humanos, com destaque aos acordos internacionais que regem a matéria sobre os direitos da criança, período de adoção pela ONU e de ratificação pelo Estado-Parte, nesse caso, o Brasil.

Quadro II - Normativas internacionais sobre os Direitos Humanos, sobretudo os da Criança: adoção na ONU e ratificação pelo Brasil.

NORMATIVAS INTERNACIONAIS	Adotado na ONU	Brasil ratificou na ONU	Ato de Promulgação
Declaração de Genebra	1924 e 1934	*	*
Carta das Nações Unidas (CNU)	26/06/1945	*	21/09/1945
Pacto Universal dos Direitos Humanos (PUDH) ou Declaração dos Direitos Humanos	10/12/1948	*	Assinado em 10/12/1948
Declaração dos Direitos da Criança	20/11/1959	*	Decreto-Lei nº 50.517, de 02/05/1961
Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial.	21/12/1965	27/03/1968	Decreto nº 65.810, de 8/12/1969
Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes e seus protocolos.	10/12/1984	28/09/1989	Decreto nº 40, de 15/02/1991
Convenção sobre os Direitos da Criança(CDC).	20/11/1989	24/09/1990	Decreto nº 9.710, de 21/11/1990
Declaração do Milênio - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).	2000	*	*
Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança referente à venda de crianças, à prostituição infantil e à pornografia infantil.	18/01/2002	27/01/2004	Decreto nº 5.007, de 8/03/2004
Protocolo Opcional à Convenção sobre os Direitos da Criança sobre o envolvimento das crianças em conflitos armados.	12/02/2002	27/01/2004	Decreto nº 5.006, de 08/03/2004
Protocolo Adicional à Convenção contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas, em Especial Mulheres e Crianças.	15/11/2000	29/01/2004	Decreto nº 5.017, de 12/03/2004
Protocolo Opcional à Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes.	18/01/2002	11/01/2007.	Decreto nº 6.085, de 19/04/2007.
* Declarações, Carta e Pacto não são objeto de ratificação e nem promulgação pelo Estado-Parte. São aprovados por meio de Resoluções da Assembléia das Nações Unidas. No entanto, muitos juristas lhe conferem força do direito internacional público (GUIA DE DIREITOS HUMANOS, 2003).			

Nesse contexto, é importante registrar que a Declaração de Genebra, adotada em 1924 e 1934 pela Liga das Nações Unidas, antecessora da Organização das Nações Unidas (ONU), foi o primeiro documento de defesa da proteção integral à criança, além da Declaração dos Direitos da Criança de 1959, que não são tratados neste estudo, haja vista que tiveram seus conteúdos aprimorados na Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989, sendo que a primeira já havia sido reconhecida na Declaração Universal dos Direitos Humanos (MARCÍLIO, S/a; BRASIL, 2010b).

Também mereceu destaque a Declaração do Milênio (2000), que embora não seja objeto de ratificação, foi assinada por 191 Estados-Membros da ONU, dentre esses o Brasil. Essa Declaração deu origem a uma série de objetivos de desenvolvimento sólidos e mensuráveis, conhecidos como: Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que expressam os objetivos de vários acordos multilaterais, em especial os presentes no Pacto pelos Direitos Econômicos Sociais e Culturais, de 1966, na Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento da ONU (Resolução 41/123 de 1986) e nos documentos de consenso das conferências mundiais sobre temas sociais da década de 1990, dentre essas a CDC (1989), analisada neste estudo (BRASIL, 2010a).

Nesse sentido, as metas estabelecidas pelos ODM que impactam diretamente nas políticas sociais, entre elas a saúde, foram consideradas apenas como subsídio para a elaboração do marco referencial sobre os direitos à vida e à saúde, especialmente no que se refere à Meta 4 dos ODM, de redução em 2/3 da mortalidade de crianças menores de 5 anos, de 1990 a 2015, expressas pela Taxa de Mortalidade na Infância (até 5 anos) de 17,9 por mil nascidos vivos (NV), e Infantil (menores de 1 ano) de 15,9 por mil NV.

A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), é o tratado mais ratificado sobre Direitos Humanos na história, adotada pelos Estados-Partes, com exceção dos Estados Unidos e da Somália. Ela representa o aperfeiçoamento de um novo paradigma que interpreta a realidade da infância, orquestrada por um único instrumento com os diferentes direitos: civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, na busca do equilíbrio para assegurar a proteção integral da criança (SILVA, 2007; PILOTTI; RIZZINI, 1995).

Destaca-se, no entanto, que a conjuntura político-econômica do projeto de elaboração da CDC, que ocorreu durante as décadas de 80 e 90, foi marcada por um período de crise das políticas de ajuste econômico, especialmente para os países em desenvolvimento “o que ocasionou um aumento da pobreza na América Latina”, momento que coincide com a retomada da democracia em alguns países da região, dentre esses o Brasil. É nessa ocasião que as políticas sociais de caráter universais e os programas dirigidos aos grupos em situação de vulnerabilidades e riscos, passaram a exigir “uma ação integrada e integradora por parte do Estado e da sociedade civil,” ganhando maior adesão e investimentos, a partir da segunda metade dos anos 90 (PILOTTI; RIZZINI, 1995, p.22).

A CDC é, portanto, a consolidação das aspirações da comunidade internacional, resultado de um longo período de debate mundial em torno da situação econômica, social e o bem-estar da criança, na qual estabelece normas jurídicas universais para a devida proteção da criança contra a negligência, o abuso e a exploração, assim como os direitos humanos básicos,

à sobrevivência, ao desenvolvimento e à participação em empreendimentos sociais, culturais, educacionais, entre outros necessários ao crescimento e bem-estar individual (BITTAR; ALMEIDA, 2010).

Daí ser a CDC o documento mais importante para fins deste estudo, com destaque para os artigos 1º, 19, 24 e 25 relacionados ao tema da proteção integral e dos direitos à saúde, reforçado pelo artigo 9º do Protocolo Facultativo à CDC, referente à venda de crianças, à prostituição infantil e à pornografia infantil (Decreto n.º 5.007, de 2004).

Entretanto, é importante situar que a CDC é composta por preâmbulo e por 54 artigos, divididos em três partes, nas quais define o conceito de criança, os princípios e compromissos dos Estados-Partes, e os parâmetros da atuação política e jurídica para assegurar que a criança receba a proteção e cuidados especiais – por parte da família, do Estado e da sociedade –, necessários para o seu pleno desenvolvimento físico e mental, reconhecendo as situações de vulnerabilidades, tradições, valores culturais e regionais.

A Convenção enumera, no artigo 1º, que a criança é todo ser humano com menos de 18 anos de idade, porém, neste estudo, a criança é a pessoa entre 0 a 9 anos, faixa etária definida pelo Ministério da Saúde, conforme anteriormente explicitado (Capítulo 2, item 2.2, p. 25 e 26).

Em seguida, a CDC passa aos enunciados a serem respeitados e adotados pelo Estado-Parte, recomendando que estes adotem medidas de proteção e cuidado, necessários ao bem-estar da criança e de seus familiares, e para tanto, em seu artigo 19, itens 1 e 2, enumera que:

1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais apropriadas para proteger a criança contra todas as formas de violência física ou mental, abuso ou tratamento negligente, maus tratos ou exploração, inclusive abuso sexual, enquanto a criança estiver sob a custódia dos pais, do representante legal ou de qualquer outra pessoa responsável por ela. (BRASIL, 2010b, p.209).
2. Essas medidas de proteção deveriam incluir, conforme apropriado, procedimentos eficazes para a elaboração de programas sociais capazes de proporcionar uma assistência adequada à criança e às pessoas encarregadas de seu cuidado, bem como para outras formas de prevenção, para a identificação, notificação, transferência a uma instituição, investigação, tratamento e acompanhamento posterior dos casos acima mencionados de maus tratos à criança e, conforme o caso, para a intervenção judiciária. (BRASIL, 2010b, 209).

Nesse sentido, entende-se que as medidas devem ser adotadas no campo jurídico-político, que deem conta de promover ações de cuidado e de proteção às crianças em situação de violências, cujas medidas legislativas adotadas no âmbito nacional encontram-se relacionadas mais adiante (**Quadro III**, p.41 e o **Quadro VI**, p.67).

O Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança referente à venda de crianças, à prostituição infantil e à pornografia infantil (Decreto nº 5.007/2004), a fim de alcançar os propósitos da CDC e a implementação de suas disposições ampliou as medidas de proteção integral à criança que deveriam ser asseguradas pelo País, mediante o acesso a procedimentos adequados que lhe permitiram obter, sem discriminação, das pessoas legalmente responsáveis, reparação pelos danos sofridos, relativos aos delitos descritos no Protocolo.

Além disso, esse reforçou alguns aspectos já considerados na CDC em relação à violação dos direitos da criança, especialmente a questão da produção de informações, visando conscientizar as crianças e as famílias, considerando as implicações que esse tipo de exposição pode trazer para o desenvolvimento da saúde física e mental da criança, conforme o artigo 9º, itens 1 e 2, a seguir:

1. Os Estados-Partes adotarão ou reforçarão, implementarão e disseminarão leis, medidas administrativas, políticas e programas sociais para evitar os delitos a que se refere o presente Protocolo. Especial atenção será dada à proteção de crianças especialmente vulneráveis a essas práticas. (BRASIL, 2004).
2. Os Estados-Partes promoverão a conscientização do público em geral, inclusive das crianças, por meio de informações disseminadas por todos os meios apropriados, educação e treinamento, sobre as medidas preventivas e os efeitos prejudiciais dos delitos a que se refere o presente Protocolo. No cumprimento das obrigações assumidas em conformidade com o presente Artigo os Estados-Partes incentivarão a participação da comunidade e, em particular, de crianças vitimadas, nas referidas informações e em programas educativos e de treinamento, inclusive no nível internacional. (BRASIL, 2004).

Os artigos 24 e 25 da CDC reúnem um conjunto de medidas a serem adotadas pelo Estado-Parte no sentido de reconhecer “o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde”, mediante o acesso aos serviços, neste caso, destinados ao acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificação, e seguimento na rede de cuidados e de proteção social, necessários para a promoção da proteção e da recuperação dos

casos de violação do direito por alguma forma de violência interpessoal (intrafamiliar). Esse conjunto de medidas será discutido nos capítulos seguintes das políticas universais de saúde e nas políticas específicas, estratégias e ações de enfrentamento à violência (BRASIL, 2010b, p. 172).

Assim, as normativas até aqui referenciadas e, sobretudo, os aspectos que delas foram destacados, constituem-se nos aspectos que mais influenciaram as políticas brasileiras – com destaque para as políticas de saúde - que preconizam a garantia de direitos das crianças a ter um desenvolvimento sadio, harmonioso e sem violência. Esses aspectos estão contemplados nesta dissertação, como parte constitutiva do marco referencial, com o fim de orientar a construção dos indicadores de monitoramento da implementação da Linha de Cuidado. Passemos, então, a compreender como esses repercutem nas normativas nacionais.

4.2 Trajetória dos direitos da criança no âmbito nacional

O movimento de defesa dos direitos de crianças e adolescentes, no Brasil, é datado de 1923, introduzido com a legislação sobre o tema da assistência e proteção à criança e ao adolescente, “na qual se reconhece a situação de pobreza como geradora de crianças abandonadas e jovens delinqüentes.” Em seguida, foi aprovado o Código de Menores (Decreto nº 17.945/1927), que regulamentou o trabalho infantil. Anos mais tarde, a Constituição de 1934 determinou a proibição do trabalho para os menores de 14 anos sem permissão judicial (BRASIL, 2002a, p.23).

O Código de Menores (Decreto nº 17.945/1927, entre outras normas) era aplicado, em grande medida, aos “menores” que se encontrasse em situações irregulares, por abandono, carência, vítima de crime, por desvio de conduta ou autoria de infração. Em 1979, esse Código foi revogado pela Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979, que embora tenha incorporado avanços, manteve a conotação “estigmatizante” das crianças e adolescentes pobres como “menores”, motivo de enormes críticas (BEZERRA, 2006, p.17; BRASIL, 2002a).

O movimento nacional de promoção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes vislumbrou maior êxito na década 1980, quando influenciou a Assembleia Nacional Constituinte (1986-1988), a partir da emenda popular denominada ‘criança, prioridade nacional’, sob a liderança do Movimento Nacional de Meninas e Meninos de Rua (MNMNR) e da Pastoral do Menor. Nessa ocasião, houve uma forte mobilização da sociedade brasileira em todas as regiões do País, que resultou na emenda popular (com 1,5 milhão de assinaturas)

que deu origem ao texto do artigo 227 da Constituição Federal (CF) de 1988 (SILVA, 2007, p.57).

Nesse período, o País encontrava-se em dificuldades econômicas e sociais devido à situação de fragilidade de suas contas, tensionada pela drástica redução do crescimento, provocada pela transferência de recursos reais ao exterior, especialmente para o pagamento dos juros da dívida externa, situação agravada pela “moratória unilateral” decretada em 1987 (CARNEIRO, 2002).

É nesse contexto que os direitos da criança foram assegurados na Constituição Federal de 1988 (Art. 227), na qual as crianças e adolescentes passaram a ser reconhecidos como sujeito de direitos, com *status* de “absoluta prioridade” nas políticas sociais públicas. Dois anos mais tarde foi publicado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990, que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, mediante a efetivação de políticas públicas e consolida as recomendações oriundas da Convenção de 1989, embora a publicação do Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990, de promulgação da CDC de 1989, tenha ocorrido depois da promulgação da lei.

O **Quadro III** - relaciona os atos de promulgação de normativas internacionais, recepcionados pelo ordenamento jurídico brasileiro sobre os direitos da criança e declarações sobre direitos humanos, relacionados aos dispositivos constitucionais e infraconstitucionais.

Quadro III – Atos de promulgação de normativas internacionais sobre os Direitos Humanos da Criança, relacionados aos dispositivos constitucionais e infraconstitucionais.

Atos de promulgação de normativas internacionais e declarações	Dispositivos constitucionais e infraconstitucionais
<ul style="list-style-type: none"> • Declaração dos Direitos Humanos (1948). • Decreto-Lei nº 50.517, de 02, de maio de 1961. • Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990, que promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), de 1989. • Declaração do Milênio – lança os Objetivos e Metas de Desenvolvimento do Milênio (2000). • Decreto nº 5.007, de 08 de Março de 2004, que promulga o Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança referente à venda de crianças, à prostituição infantil e à pornografia infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Legislação Assistência e Proteção (1923). • Código de Menores (1927 e 1979). • Constituição Federal de 1988, Art. 227, que assegura os direitos da criança. • Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e alterações. • Constituição Federal de 1988, Art. 196, 197, 198, 199 e 200, que norteiam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). • Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Institui o Sistema Único de Saúde (SUS), e alterações.

Antes de comentar o **Quadro III**, é importante fazer uma breve explicação em relação ao que se entende por atos normativos e administrativos. São eles: leis, decretos e portarias. As leis são atos normativos de competência do Poder Legislativo, e também podem ser propostas pelo Poder Executivo, que tem por competência sancioná-las. Os Decretos são atos administrativos de competência exclusiva do chefe do Executivo para atender situações previstas em leis. As portarias são instrumentos ou atos normativos (administrativos), por meio dos quais ministros, secretários de governo ou outras autoridades regulamentam as políticas previstas em leis e decretos, com vistas à implementação de seus componentes. As resoluções são deliberações específicas de órgãos colegiados, em geral os conselhos.

Como se observa no **Quadro III**, as medidas adotadas no âmbito nacional estão alinhadas com as recomendações pactuadas nas normativas internacionais. O Brasil, como um dos países signatários da Convenção, adotou, antes mesmo da promulgação da CDC, medidas legislativas para assegurar os direitos humanos de crianças à proteção integral, dentre as quais se destacam as da saúde. Também promulgou as recomendações ampliadas pelo Protocolo Facultativo, em relação à proteção integral à criança contra todas as formas de violação de direitos, relacionadas à venda, à prostituição infantil e à pornografia infantil de crianças.

A Constituição Brasileira de 1988 introduziu e radicalizou o conceito de direitos de crianças e adolescentes, direitos negados pelo Código de Menores (1979), pondo fim ao arcabouço legal que sustentou a ditadura militar (1964-1985), e propondo um arranjo institucional, no qual a família, a sociedade e o Estado devem assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade nas políticas sociais, o direito à vida, à saúde, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, dentre outros direitos (Art. 227, CF/1988).

Esses direitos são reafirmados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, inspirado pelo paradigma da proteção integral, que considera a criança e o adolescente como sujeitos de direitos cujas prioridades compreendem (a) a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; (b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; (c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; (d) e destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (Parágrafo único, art.4º, do ECA).

Com isso, o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 8.080/1990 e da Lei nº 8.142/90, assumiu responsabilidades para, em sua esfera de atuação, promover o direito à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitissem o nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência,

mediante o acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde e que proporcionassem uma atenção integral à saúde desses cidadãos (Art. 7º e 11, do ECA, 1990).

Contudo, a análise dos direitos da criança reveste-se de grande complexidade e aqui somente estão destacados os dispositivos relacionados ao direito à vida e à saúde (Capítulo I, do ECA), no que se refere ao tema da atenção integral à saúde de crianças em situação de violências, referidos nos artigos 11 e 13, cuja implementação é de responsabilidade das políticas de saúde, objeto deste estudo, conforme segue:

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da [...] por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal, igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação à saúde (Redação dada pela Lei nº 11.185, de 2005). (BRASIL, 2010b, p.22).

Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança [...] serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. (BRASIL, 2010b, p. 23).

Estão expressos ainda, entre outros direitos, que a política de atendimento consolida-se pela articulação das ações e integração das instâncias públicas governamentais e não-governamentais, que criam as condições para a efetivação dos direitos da criança nos níveis federal, estadual, distrital e municipal (BRASIL, 2010b).

A criação do SUS garantida no texto constitucional como “um direito de todos e dever do Estado”, mediante políticas públicas, era considerada, portanto, uma utopia para muitos, mas na prática, a saúde vem se consolidando como um direito, associado aos direitos humanos. Foi o que revelou uma pesquisa realizada em 2008 sobre a percepção da população em relação aos direitos humanos no Brasil (BRASIL, 1988; VENTURI, 2010, p.17).

O direito à saúde é resultante da conquista de lutas do povo brasileiro em seu sentido mais amplo, como um estado de completo bem-estar, não se restringindo à doença, que preconiza o direito à vida, à saúde, à alimentação, à dignidade, à moradia, à paz, ao trabalho, dentre outros. E que tem como público distinto as crianças e suas famílias.

O SUS articula, portanto, um conjunto de ações e serviços de saúde que tem por finalidade a promoção da qualidade de vida para toda a população brasileira, com vistas a garantir o acesso de todos à atenção integral e equitativa à saúde. O desafio maior é avançar na organização da rede de cuidados que funcione de forma regionalizada, hierarquizada e

integrada, com a função de fazer cumprir o mandamento constitucional de dispor legalmente sobre a atenção, proteção e a defesa da saúde.

Em síntese, as normas principais do ordenamento jurídico do País que permitiram o desenvolvimento de uma série de políticas específicas e pactos em favor da criança, bem como a sua implementação em todo o território nacional, foram a Constituição Federal (1988), o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) e as Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90), em harmonia com as recomendações da Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) e protocolos dela decorrentes.

A proposta do tópico ora finalizado foi a de identificar as normativas nacionais e como elas foram influenciadas pelas normativas internacionais, o que, para fins desta dissertação, tem o efeito de delinear, no âmbito das normativas, o marco referencial dos indicadores construídos.

O esforço, agora, é o de continuar no processo de recorte e definição do marco referencial, que passa a ter como foco compreender como as normativas nacionais, já tendo incorporado as normativas internacionais, repercutem nas políticas universais de saúde e as específicas voltadas para a atenção integral à saúde da criança. É o que está proposto no tópico a seguir.

4.3 Políticas de saúde voltadas para crianças: breve síntese histórica

É importante realizar um resgate histórico dos programas de saúde voltados para a criança no Brasil, considerando a importância de muitos deles para erradicar doenças e salvar muitas vidas. Seus sucessos e fracassos, avanços e dificuldades, devem ser compreendidos em seu contexto sociopolítico e normativo, a fim de propiciarem contribuições para as atuais políticas de saúde.

Os programas de saúde que antecederam à CF de 1988 ganham importância a partir do governo de Getúlio Vargas, que abre um período no qual o Estado tornou-se, ao longo dos anos 1930-1960, o principal pólo de indução do desenvolvimento econômico do País. O Executivo Federal tornou-se o centro político institucional do País, gerando um modo de relacionamento entre o Poder Central e as unidades estaduais, no qual o primeiro definia o que seria feito pelos segundos (ABRUCIO, 2002).

Neste contexto, o Ministério da Saúde, criado em 1953, concentrou suas ações em campanhas sanitárias e em programas especiais de atenção materno-infantil. Entre os anos 1950 e 1960, estes obtiveram sucessos na redução da mortalidade infantil, mas não lograram

modificar as condições gerais de saúde da população (ROUQUAYROL; FILHO ALMEIDA, 2003).

Na década de 1960, durante o regime militar, as políticas sociais continuam bastante limitadoras e centralizadas, avançando numa visão higienista e campanhista. Foi nesse período, entretanto, que o debate sobre a determinação econômica e social da saúde, em várias partes do mundo, abriu caminhos para uma abordagem que busca superar a orientação centrada no controle da enfermidade (FERREIRA; BUSS, 2001).

Nesse período, o perfil epidemiológico nacional mostrava um predomínio das doenças da pobreza (doenças infecciosas parasitárias, deficiências nutricionais, etc.) e o aparecimento da chamada morbidade moderna (doenças do coração, neoplasias, **acidentes e violências**). Iniciava-se, portanto, a chamada “transição demográfica com redução da mortalidade.” (ROUQUAYROL; FILHO ALMEIDA, 2003, grifo nosso).

Nas duas décadas seguintes (1970-1980), buscou-se superar a lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos, resultado do contínuo avanço desenvolvimentista no campo econômico e social, com impacto visível na melhoria da qualidade de vida e da paz mundial. Esse debate em torno das desigualdades entre países foi realizado em várias partes do mundo, alcançando maior visibilidade a partir do Relatório de *Lalonde – Uma nova perspectiva na Saúde dos Canadenses* (1974), reforçado pelo *Relatório EPP – Alcançando Saúde para Todos*, em 1986 (FERREIRA; BUSS, 2001).

Os investimentos feitos pelo Brasil em políticas de saúde para a criança, ao longo dos anos 1970 e 1980, voltaram-se especialmente para a faixa etária entre 0 a 1 ano. Suas prioridades estavam relacionadas às principais causas de óbito infantil. Dentre as várias iniciativas do setor de saúde, na época, destaca-se a instituição do programa permanente de vacinação, uma das mais relevantes intervenções de saúde pública para prevenir doenças e salvar vidas, que, tornando-se contínua, alcançou êxitos, por exemplo, na erradicação da varíola (1977), da poliomielite ou do poliovírus (1989) e do sarampo (2000) (OPAS/OMS, 1998; CARVALHO, et al, 2009).

No ano de 1978 um novo paradigma foi apresentado na Conferência de Alma-Ata, antiga União Soviética (URSS) sobre Cuidados Primários de Saúde. A Declaração de Alma-Ata (1978) convocou os governos e os que trabalham nos “campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos”. Seu conteúdo incluiu, entre outros temas, a assistência materno-infantil com inclusão do planejamento familiar; a imunização contra as principais enfermidades infecciosas; a

prevenção de enfermidades endêmicas locais; o tratamento apropriado das enfermidades e traumatismos comuns; e a disponibilidade de medicamentos essenciais (BRASIL, 2001a).

No Brasil, esse debate teve repercussão no meio acadêmico, fortalecido pelos organismos internacionais, essencialmente o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e pelo movimento sanitário brasileiro, contribuindo sobremaneira para a reflexão dos gestores que estavam à frente dos programas e ações voltados para a Assistência Integral à Saúde da Criança, dentre os quais se destacam algumas das iniciativas do setor saúde que antecedem o ECA, 1990 e a própria criação do SUS, na CF de 1988, apresentada no **Quadro IV**.

Quadro IV - Programas de saúde para a proteção à vida e à saúde da criança, antes de 1988.

Programas/ iniciativas	Ano	Benefício do Programa/ iniciativa
Programa Nacional de Imunizações, instituído em 1973 e formalizado em 1975.	Lei nº 6.259/75	Cria o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, e institui o programa de imunização de forma sistemática, obrigatórias e gratuita, em todo o território nacional.
O Programa Nacional de Imunização, que institui o calendário obrigatório de imunização em menores de 1 ano.	Portaria nº 452/77	Amplia de forma progressiva e com novas vacinas ao longo dos vinte anos do SUS, sendo responsável pela maioria da redução dos óbitos (menos de 0,1% dos óbitos infantis são devidos a doenças imunizáveis).
Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pnian).	1981	Cria o Pnian sob a coordenação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan) vinculado ao Ministério da Saúde.
Alojamento conjunto obrigatório (Portaria n. 18 do Inamps/Ministério da Saúde).	1982	Garante a proteção e segurança para a mãe e a criança, em alojamento conjunto.
Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc).	1984	Cria a Paisc, sob a Coordenação de Saúde Materno-Infantil (Comin/MS) e elege a primeira infância como foco das ações com vistas ao enfrentamento às adversidades nas condições de saúde da população infantil.
Programa de Assistência à Saúde da Mulher (Paism).	1984	Inclui ações com repercussões sobre a saúde da criança, como planejamento familiar, assistência pré-natal e qualificação do parto domiciliar por parteiras tradicionais.
Cartão de Saúde da Criança.	1986	Instrumento de acompanhamento do calendário de vacinação, crescimento e desenvolvimento, avaliação nutricional.

Fonte: (BRASIL, 2009b).

Na década de 1980, conforme se observa no **Quadro IV**, são várias as iniciativas do setor saúde para a garantia dos direitos da criança, com destaque para a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc), no ano de 1984, sob a Coordenação de Saúde Materno-Infantil, do Ministério da Saúde, com a função de implementar esse programa, em âmbito nacional.

O Paisc foi criado com o objetivo de promover a saúde de forma integral, com investimento em ações voltadas para o crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno e controle das doenças diarreicas e infecções respiratórias. Observa-se que nesse período os **acidentes e violências** ainda não apareciam dentre as preocupação dos gestores e, portanto, não faziam parte da agenda de prioridades.

O Cartão da Criança surgiu no ano de 1986 como um instrumento de acompanhamento do calendário de vacinação, crescimento, desenvolvimento e avaliação nutricional. No decorrer dos anos seguintes, os conteúdos do Cartão foram aprimorados e ampliados, passando a conter novas informações sobre os direitos da criança e cuidados básicos de saúde, tornando-se um documento importante de monitoramento da saúde da criança, um passaporte da cidadania.

Nesse período, o movimento dos sanitaristas influenciou sobremaneira a inserção do direito à saúde no Capítulo da Seguridade Social, da Constituição Federal de 1988. A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília-DF, em dezembro 1986, tornou-se um marco político-ideológico do projeto da reforma sanitária frente às mudanças no sistema de saúde brasileiro, sobretudo porque seu relatório foi fundante para a criação do SUS (CONASEMS, S/d; AROUCA, 2003).

Em relação à promoção e efetivação dos direitos da criança, o setor saúde, por meio da implementação do SUS, foi um dos mais atuantes mediante o fortalecimento dos programas existentes (programa de imunização, de aleitamento materno e de combate à desnutrição) articulados com políticas universais e estratégias para a reorientação do modelo de atenção à saúde de caráter assistencial, especialmente com a descentralização e a introdução da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

É atribuição do SUS, portanto, orientar a política de atenção integral à saúde da criança, por meio de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. É também da sua esfera de atuação, regulamentar a obrigatoriedade da notificação e comunicação ao Conselho Tutelar dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos por parte dos profissionais de saúde, especialmente o médico ou responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde como

instrumento de proteção da criança (Art. 13 e 86 do ECA, 1990) os quais serão retomados nos capítulos seguintes.

Portanto, esse proceder apoia-se nas normativas legislativas e nos atos administrativos existentes, que requerem constantes desdobramentos com vistas a sua regulamentação (normatização). Na medida em que o acesso à saúde vai sendo garantido, surgem novas demandas que, por sua vez, requerem a qualificação de serviços e de ações de saúde, visando assegurar direitos para a população.

A seguir, o **Quadro V** apresenta o conjunto de normas operacionais básicas e de assistência que orientaram o processo de descentralização do SUS. Essas disciplinaram o processo de pactuação da gestão entre as três esferas de gestão, federal, estadual e municipal e do Distrito Federal, visando à consolidação do sistema de forma solidária e cooperativa.

Quadro V - Normas Operacionais Básicas e da Assistência, instrumento de implementação do SUS, após a CF de 1988.

Normas Operacionais Básicas e da Assistência	Ano	Finalidade
Norma Operacional Básica (NOB).	1991/1993	Disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e dos serviços de saúde.
Norma Operacional Básica (NOB).	1996	Promover a integração de ações entre as três esferas de gestão do SUS, com redefinição de responsabilidades.
Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).	2001 e 2002.	Ampliar as responsabilidades dos municípios na garantia do acesso aos serviços da atenção básica, e definir o processo de regionalização.

As Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS), nos anos de 1991/1993 e especialmente 1996, promoveram a integração de ações entre as três esferas de gestão e, além disso, intensificando o processo de descentralização e transferiram para estados e municípios responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS (BRASIL, 2006).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS), apresentada em 2001 e revisada em 2002, apresentou um leque “de estratégias para a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia do acesso aos serviços da atenção básica e à regionalização.” (BRASIL, 2006, p.109).

Concomitantemente, destacam-se no **Quadro VI** as políticas, os programas e pactos, ampliando e aprimorando os programas e ações anteriormente existentes, mediante o incremento de políticas universais, programas e estratégias, como instrumento de efetivação do direito à saúde da criança no território.

Quadro VI – Políticas, programas e pactos que efetivaram direitos individuais e coletivos no âmbito do SUS, após a CF de 1988.

Políticas, Programas e Pactos	Ano	Finalidade
Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Instituído pela Lei nº 10.507, de 10/07/2002, que cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde, para exercer suas atividades no âmbito do SUS.	1992	Aproximar mais as comunidades com os serviços de saúde por meio de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas pelos ACS.
Programa Saúde da Família (PSF).	1994	Reorientar o modelo de atenção à saúde e estimular o estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade.
Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (Phpn). Portaria/GM nº 569, de 1/06/2000.	2000	Assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da atenção ao parto, do puerpério e do período neonatal a mulheres e recém-nascidos.
Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737, de 16/05/2001).	2001	Estabelecer diretrizes de mobilização da sociedade e a articulação das ações de saúde com outros setores, visando a estruturação e o reforço de ações intersetoriais de prevenção e de assistência às vítimas de violências.
Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.	2005	Organizar as diretrizes da atenção à saúde da criança em linha de cuidado a partir das políticas universais.
A Caderneta de Saúde da Criança (Portaria nº 1.058, de 4/07/2005).	2005	Disponibilizar gratuitamente a “Caderneta de Saúde da Criança” a todas as crianças nascidas, a partir do ano de 2005, em todo território nacional.
Política Nacional de Promoção da Saúde - Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida. (Portaria nº 689, de 2006).	2006	Pactuar um conjunto de ações específicas com os gestores sobre promoção da saúde e prevenção da violência e de cuidados da vítima.
Política Nacional da Atenção Básica (Portaria nº 648/2006).	2006	Estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e a coordenação do cuidado.
Programa Saúde na Escola (PSE) (Decreto nº 6.286, de 05/12 2007).	2007	Estabelecer uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com ações de prevenção de doenças e agravos, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, nas escolas e unidades básicas de saúde, realizadas pelas equipes de saúde e da educação de forma integrada
Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (EBBS) (Portaria nº 2.395, de, 7/10/2009).	2009	Prever ações de promoção da saúde voltadas para gestantes e crianças de zero a cinco anos [seis anos], entre outras ações de cuidado integral à saúde da população infantil,

Esse arranjo de normas operacionais, programas e políticas permitiram a ampliação do acesso aos serviços de saúde durante os anos 1990 e na década seguinte. Nesse período,

surgiram várias iniciativas visando à redução da Mortalidade Infantil. O ministério, por meio da coordenação de Saúde Materno-Infantil, lançou o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (1995) com o objetivo de ampliar mobilização do governo e da sociedade civil.

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), órgão permanente criado pela Lei nº 8.242/91, composto de forma paritária com representantes do governo e da sociedade, visando reforçar a articulação intersetorial, dentre outros, aprovou as diretrizes nacionais para a política de atenção integral à infância e adolescência nas áreas de saúde, educação, assistência social, trabalho e garantia de direitos (Resolução nº 42, de 13 de outubro de 1995).

A estratégia “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi)” foi apresentada em 1997, pela OMS. Trata-se da primeira experiência voltada para a atenção integral à saúde da criança, visando à redução de altas taxas de mortalidade neonatal, à diminuição das disparidades entre condições de saúde e nutrição, às dificuldades de acesso ao registro de nascimento e, finalmente, à eliminação dos alarmantes e crescentes maus-tratos e violência. Tal intervenção é reconhecida como a que envolve ao mesmo tempo aspectos de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e cuidados, proporcionando a melhor relação custo-benefício para diminuir a carga de doenças e para melhorar as condições de saúde que afetam esse grupo etário (AMARAL, 2002).

O Brasil adaptou essa estratégia, considerando às diferentes realidades epidemiológicas, cujo processo de implementação ocorreu, a partir de 1997, de forma integrada e articulada aos planos e programas de saúde da criança, com um número significativo de profissionais de saúde capacitados em diferentes regiões do País. A sua implementação contribuiu de forma significativa para acelerar o ritmo da redução da mortalidade infantil (até 1 ano) e na infância (até 5 anos) (AMARAL, 2002).

A partir do ano 2000, em função das metas 4 e 5 do ODM para reduzir a mortalidade de crianças menores de 5 anos e a mortalidade materna em patamares igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil, até 2015, as Áreas de Saúde da Criança e da Mulher, ambas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do MS, intensificaram um conjunto de medidas voltadas especificamente para a saúde da criança e materna. Dentre as mais importantes destacam-se o Pacto de Redução de Mortalidade Materna e na Infância (2004) e a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), que, dentre seus objetivos, estabeleceu promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, articuladas com a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e a Redução da

Mortalidade Infantil (2005), que orienta as diretrizes em linhas de cuidado, visando à continuidade do cuidado (BRASIL, 2005).

A “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” foi a primeira iniciativa elaborada com objetivo de organizar as diretrizes da atenção à saúde da criança em linha de cuidado, a partir das políticas universais (**Quadro VI**). A estratégia é focada na mudança de práticas com a finalidade de induzir a continuidade do cuidado, desde o primeiro atendimento nas unidades básicas de saúde até a atenção especializada nos casos de maior gravidade, e a organização de uma rede única de atenção integral à saúde da criança no território. BRASIL, 2005).

Nessa trajetória a Agenda de Compromissos (2005), destaca-se como referencial, para o presente trabalho, como uma iniciativa política que sistematiza as políticas de saúde que, ao longo do processo histórico, atenderam aos aspectos preconizados pelas normativas nacionais e internacionais. Traz como eixos de ação prioritários da agenda foram: atenção humanizada e qualificada para gestantes e recém-nascidos, incentivo ao aleitamento materno, triagem neonatal, teste do pezinho, incentivo à qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e da obesidade, combate à desnutrição e anemia carenciais, imunização, atenção às doenças prevalentes, à saúde bucal e à saúde mental, assim como a prevenção de acidentes e violências e o combate ao trabalho infantil. Embora inclua a violência como uma das linhas de cuidado ou de ação, porém, se detém no aspecto relativo à notificação, como um instrumento de garantia de direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 2005).

A Caderneta de Saúde da Criança (2005) é distribuída gratuitamente, na rede de saúde pública e particular de saúde, para todas as crianças nascidas vivas no País. É instrumento para o acompanhamento da saúde da criança, do nascimento aos 9 anos de idade, em versão específica para menina e outra para menino. Contempla informações básicas para as famílias sobre os cuidados básicos da saúde da criança e as medidas de segurança para evitar acidentes e violências, entre outras orientações. Entretanto, o conteúdo sobre a prevenção de violências é bastante reduzido.

A Política Nacional da Atenção Básica (2006) representa o maior esforço para a consolidação da atenção primária por meio do fortalecimento da ESF no território, com a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Trata-se de conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, desenvolvido por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias

democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem tais populações.

A expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) aconteceu de forma gradativa no País. Foi criada, em 1994, com o objetivo de ampliar a cobertura do acesso aos cuidados básicos no território, introduzido como uma estratégia para reorganizar o modelo de oferta de serviços à saúde, além de criar as condições para o estabelecimento de vínculos entre o profissional de saúde e a população, no âmbito local. Ao final do ano de 2008, consolidava-se como eixo estruturante para a organização da atenção à saúde, com aproximadamente 80% de cobertura da população (BRASIL,1997; BRASIL, 2009).

O Mais Saúde – PAC Saúde (2008) fortaleceu várias ações voltadas para a atenção integral à saúde de crianças, prevenção de violências e a organização de redes. Esse programa possibilitou a ampliação de estratégias importantes, dentre elas a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal (RENOSP), o Banco de Leite Humano. Deve-se também ao PAC Saúde a implementação de novos projetos e estratégias para a atenção integral à saúde da criança, com destaque para o Projeto de Redução das Desigualdades Regionais – Nordeste e Amazônia Legal (2009), a Rede Amamenta Brasil (2009), a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (2009), o Projeto de Qualificação das Maternidades (2010).

Esse novo arranjo de estratégias e projetos permitiu que a coordenação da Saúde da Criança Crialm/Dapes, na gestão 2007-2010, estabelecesse as Linhas de Ação prioritárias: (i) Incentivo e Qualificação do Crescimento e Desenvolvimento, (ii) Atenção à Saúde do Recém-nascido, (iii) Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno; (iv) Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz.

Essa última, Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz, permitiu o desenvolvimento de uma série de medidas, entre elas a elaboração da *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias*, apresentada e discutida nos capítulos 6 e 7. Antes, porém, é importante apresentar de que maneira se deu a **“Formação da agenda para o enfrentamento da violência contra a criança”** (capítulo 5), cujas políticas, pactos e estratégias foram fundamentais para a elaboração dessa Linha de Cuidado e conseqüentemente para as definições de suas dimensões.

5 FORMAÇÃO DA AGENDA PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA

“É preciso mais coragem para ser violento do que para ser covarde, mas é preciso mais coragem para se engajar na não-violência do que na violência.”

Jean Marie Müller (2006).

Foi na década de 1980 que o tema da violência entrou com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais e no campo programático da saúde. Adquiriu um caráter endêmico e converteu-se num problema de saúde pública em muitos países, pela pressão que exerce sobre os serviços de urgência, atenção especializada, produzindo um grande volume de procedimentos, pela produção de um número importante de pessoas com sequelas orgânicas e emocionais, que requer serviços qualificados de reabilitação física e psicológica (MINAYO, 2007).

A violência é exercida, sobretudo, enquanto processo social, portanto, não é objeto específico da área da saúde. Mas, além de atender às vítimas da violência social, a área tem a função de elaborar estratégias de prevenção, de modo a promover a saúde. Logo, a violência não é objeto restrito e específico da área da saúde, mas está intrinsecamente ligado a ela, na medida em que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade. Sua função tradicional tem sido cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos sociais, e hoje busca ultrapassar seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas destes agravos e de promoção à saúde, em seu conceito ampliado de bem-estar individual e coletivo. (MINAYO, 1998, p.520).

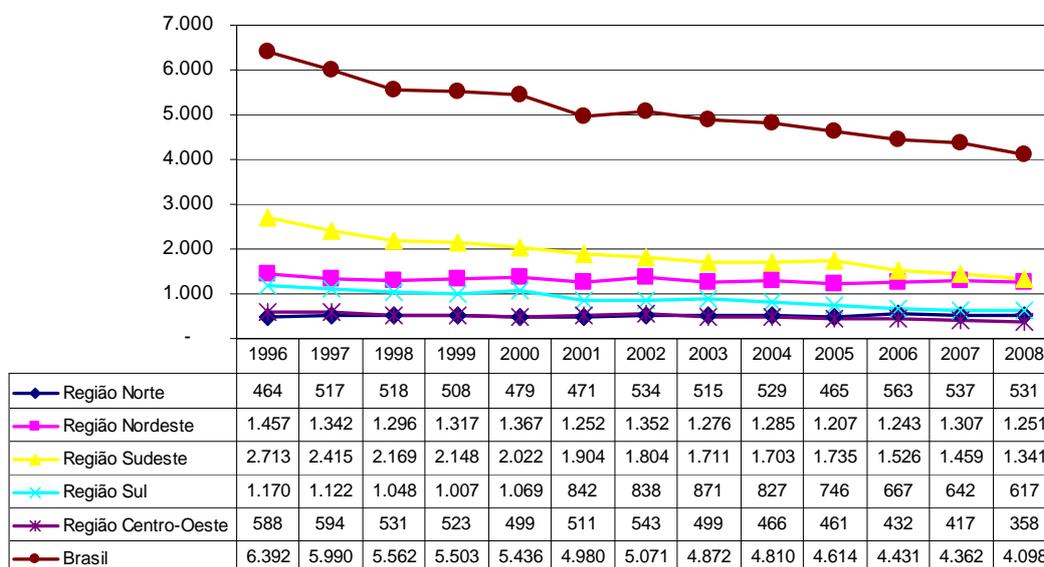
A formação da agenda nacional em torno da temática da violência no âmbito da saúde tornou-se mais efetiva quando a Assembléia Mundial de Saúde, reunida em Genebra, no ano de 1996, aprovou uma resolução declarando a violência como um importante problema de saúde pública mundial. Tornou-se um problema para a área de saúde devido à tensão individual e coletiva, afetando diretamente a qualidade de vida da população e o desempenho dos serviços de saúde (KRUG, et al, 2002; MINAYO, 2007).

5.1 A Violência como um problema de saúde pública e para a saúde da criança

A violência contra a criança no Brasil tem grande repercussão tanto de natureza sexual (exploração, prostituição, pornografia e tráfico para fins sexuais) quanto a física (agressão, auto-agressão e castigos corporais), além de tantas outras formas silenciadas e aceitas, a exemplo do trabalho infantil, *bullying*, da alienação parental, da negligência e do abandono, entre outras formas.

Os números não deixam dúvidas (Figura I). São milhares de crianças que morrem todos os anos por causas externas (acidentes e violências) no País, embora apresente queda na taxa de mortalidade no decorrer dos últimos 10 anos (1996 a 2008), isso não significa uma redução da violência contra crianças. As informações devem ser analisadas com precaução, avaliando a ampliação do acesso a políticas de média e alta complexidade, a confiabilidade dos sistemas de informação, reconfiguração dos pactos e a definição de pagamentos por procedimentos (mudança de metodologias), entre outros fatores.

Figura I - Número de óbitos por causas externas (acidentes e violências), na faixa etária de 0 a 9 anos, segundo região. Brasil, 1996 a 2008*



Fonte: SIM/SVS/MS - *Os dados de 2008 são preliminares.

No Brasil, segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no ano de 2006, as causas externas, também denominadas como acidentes e violências, apresentavam-se como a primeira causa de morte de crianças entre 1 a 9 anos, ou seja 10 anos incompletos.

As principais causas são os acidentes de transporte (31,5%), os afogamentos (22,7%) e outros riscos à respiração (16,5%) em seguida as violências (agressões), entre outras (MAGALHÃES, FRANCO NETTO, 2009).

O panorama sobre as causas externas (violência) apresentado pelo Ministério da Saúde, segundo dados do SIM, ano de 2006, registrou-se 310 homicídios de crianças menores de dez anos de idade, representando 7% do total de mortes por esse tipo de causa nesse grupo etário. Nesse mesmo estudo observou-se que o risco de crianças morrerem por “agressões fatais foi de 0,9/100 mil, variando de 0,7 a 1,0/100 mil entre meninas e meninos, respectivamente”. Ao estratificar os indicadores, por faixa etária, constatou-se que crianças de zero a um ano de idade estavam mais expostas ao “risco de morte por violência (2,3/100 mil) quando comparadas às de 1 a 4 anos (0,6/100 mil) e de 5 a 9 anos (0,8/100 mil).” (MASCARENHA; MALTA, et. al, 2010, p.348).

Em grande medida, essas mortes poderiam ser evitadas. “Não pode haver concessões no enfrentamento da violência contra as crianças”, afirma Paulo Sergio Pinheiro. Para esse autor “é imperativo que se tenha mais e não menos proteção contra a violência”, considerando o seu grau de dependência dos adultos e de seu potencial para as vulnerabilidades e riscos para as violências (RELATÓRIO, 2006, p.2).

Por outro lado, existe outro cenário tão perturbador ou mais preocupante do que a mortalidade. São as violências (agressões) que não levam ao óbito e nem sempre à internação. Segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), no ano de 2006, registraram-se nos estabelecimentos de saúde 2.226 internações de crianças menores de 10 anos, (sendo 2,3% do total por causas externas) na rede do SUS (própria ou conveniada) em todo o País. “A taxa bruta de internação foi de 6,1/100 mil, variando de 4,4/100 mil entre as meninas a 7,8/100 mil entre os meninos”. As taxas de hospitalização mais elevadas foram de crianças menores de um ano (7,0/100 mil), com variação de 5,2/100 mil meninas a 8,7/100 mil meninos. Observou-se a maior taxa de internação em meninos de 5 a 9 anos, a razão de 9,1/100 mil (MASCARENHA; MALTA, et. al, 2010, p.348).

Existem milhares de crianças sofrendo violência de natureza física, sexual e psicológica, ou vivendo em situações de negligência e abandono. A partir de 2006, esses dados passaram a ser captados pelo sistema de informação próprio da vigilância em saúde, que dispõe de módulo de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA - Contínuo) e desde 2009 passou a integrar o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan-Net).

Os dados coletados pelo VIVA - Contínuo, no período de 31 de agosto de 2006 a 1º de julho de 2007, em 27 municípios brasileiros, mostram um panorama desafiador. Nesse

período foram notificados 1.939 casos de violência contra crianças, sendo 44% de natureza sexual, 38% psicológica e 29% física (questões de múltipla escolha, portanto não corresponde a 100%). As crianças do sexo feminino são as principais vítimas, com 60% do total dos casos registrados e a residência foi o local de maior ocorrência (58%) dos casos (MAGALHÃES; FRANCO NETTO, 2009; BRASIL, 2009).

No ano de 2008, segundo dados do VIVA – Contínuo 2008-2009, foram registradas 8.766 notificações de violência, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2008, coletados em 18 municípios de 14 unidades da federação. Dessas 23,7% (2.075) foram de crianças, de 0 a 9 anos. Quando analisadas as proporções em relação ao sexo, na mesma faixa etária verifica-se que meninos (30,2%) sofrem mais violências que as meninas (21%). Em relação ao local da ocorrência, observou-se que os atos de violência tiveram maior predominância na residência com 57,4%, em seguida da escola com 13,6%, entre outras. (BRASIL, 2010d).

Como base nesses dados, verifica-se que as crianças estão sofrendo violências de pessoas que deveriam protegê-las, como os pais, os familiares, os conhecidos, os cuidadores (as) e outras pessoas investidas de algum poder na comunidade, tornado mais difícil a notificação dos casos de violência física (castigos corporais) que nem sempre deixam marcas, e muitas vezes são diagnosticadas como quedas e acidentes, entre outros. Por outro lado, é também a mais oculta e silenciada.

A violência oculta atrás dos muros das casas, a violência sexual, as rixas familiares e as crianças espancadas só são conhecidas muito parcialmente, mesmo em caso de falecimento das vítimas; as circunstâncias das mortes são, então, esmagadas sob uma capa de silêncio. (CHESNAIS, 1999, p. 54).

Para Minayo (2006), o tema da violência deve ser motivo de preocupação em todas as instâncias públicas, em todos os discursos, em propostas políticas e em agendas de ação. Ainda é entendida, por muitos, como uma questão de segurança pública. A falta de uma definição clara do problema e dos limites de sua intervenção tem dificultado a compreensão por parte dos operadores dos sistemas de segurança pública, de justiça e de garantia de direitos, que inclui os profissionais de saúde, educação, assistência social entre outros, sobre as competências de cada um desses sistemas.

A violência gera o medo, mas este gera igualmente violência. Trata-se então de um círculo vicioso que se instala, uma psicose coletiva que é preciso romper a qualquer preço. (CHESNAIS, 1999, p 54).

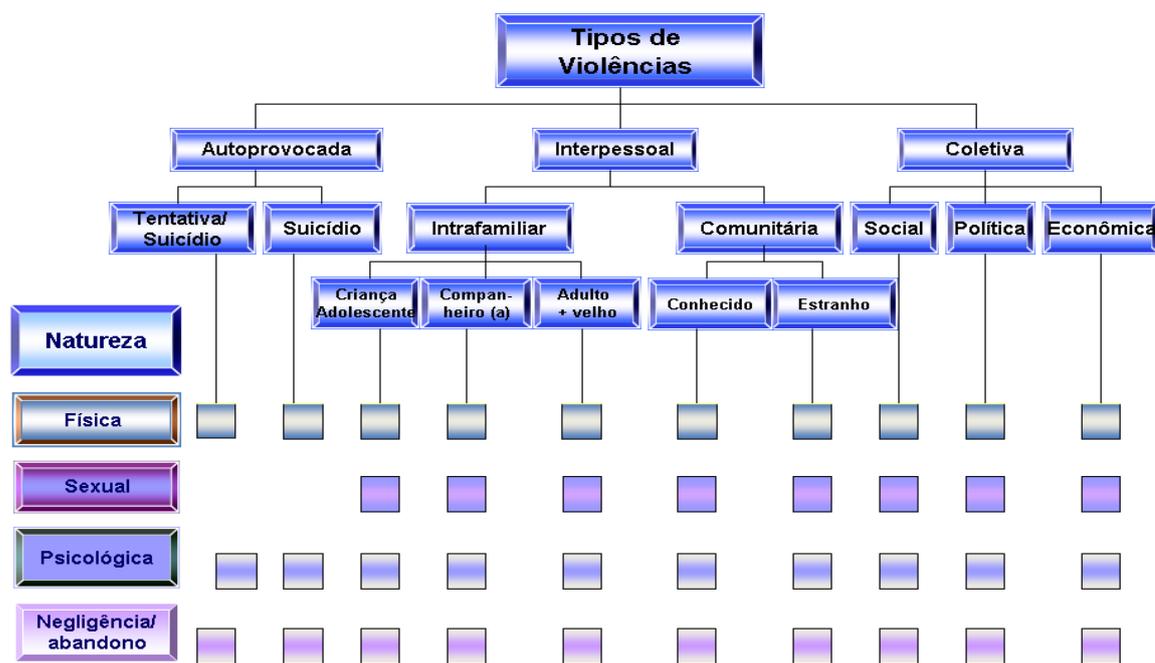
O passo inicial para a identificação, proteção e cuidado da criança é conhecer os conceitos, as definições, os tipos e a natureza da violência, e, além disso, saber as consequências dessa prática para a saúde física, mental e social. Ela se apresenta sob diversas formas e depende de uma ampla gama de fatores, que vão desde as características pessoais da vítima até as origens culturais do agressor, reforçando a ideia de que a violência exercida contra a criança permanece oculta, principalmente por ser praticada por pessoas que deveriam protegê-las (PINHEIRO, 2006).

5.1.1 Conceitos, definições, tipos e natureza da violência interpessoal

O conceito de violência utilizado nesta dissertação foi o da Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo o qual:

Violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (KRUG et al, 2002, p.5).

Para realçar os aspectos e as relações entre os diferentes tipos e natureza da violência, este estudo utiliza o modelo analítico proposto pela OMS (KRUG, et al, 2002). Tal modelo anuncia três grandes categorias de violência, segundo aquela praticada contra si mesmo (autoprovocada) as perpetradas por indivíduos ou grupos (interpessoal) e as praticadas por grupos maiores (coletiva), essa última, em geral, é resultado da ação do estado, de grupos armados e de organizações terroristas. Essas três grandes categorias ou tipos estão relacionados às subcategorias mais específicas, segundo a natureza física, sexual e psicológica, além da negligência/abandono. Dentre essas se destaca apenas a categoria interpessoal, com recorte para a violência intrafamiliar, considerando que é nesta dimensão que se concentram a maior parte dos eventos violentos contra a criança, conforme a Figura II.

Figura II: Tipos e natureza de violências

Fonte: KRUG, et. al, 2002 (tradução livre).

A violência interpessoal divide-se em duas subcategorias: (i) violência intrafamiliar – aquela que ocorre entre membros da mesma família e parceiros íntimos, em geral, mas não exclusivamente, e que toma lugar dentro do lar. Nessas inclui (os maus-tratos) a violência contra a criança, as exercidas entre parceiros íntimos e contra as pessoas idosas; (ii) violência comunitária – ocorre entre indivíduos sem laços de parentesco, que podem se conhecer ou não, tendo lugar fora do lar – inclui violência exercida por jovens, atos de agressão gratuitos, estupro ou violência sexual, entre outras formas, além das violências ocorridas em contextos institucionais, a exemplo de escolas, locais de trabalho, prisões e estabelecimentos de saúde (KRUG et al, 2002).

Neste estudo utiliza-se o termo violência, em substituição ao termo “maus-tratos”, como a categoria que abarca os tipos e natureza de violências física, psicológica e sexual, assim como a negligência e/ou abandono. Optou-se por este proceder pela necessidade de se conhecer suas formas de manifestação para a devida intervenção e cuidados. Utilizou-se para esta dissertação as seguintes definições:

A **violência física** é reconhecida como todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas conhecidas, ou não da criança ou adolescente. Esse tipo de violência pode provocar ferimento ou lesão; deixar, ou não, marcas evidentes no corpo; causar dor e sofrimento, e muitas vezes levar até a morte. Ela se manifesta por meio de tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões,

arremessos de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, penetrações, dentre outras (BRASIL, 2004a; 2010).

A violência psicológica é considerada como toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança, expondo-o a situações humilhantes e degradantes, tais como: rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições, além de exposição ao ridículo e/ou utilização para atender às necessidades psíquicas de outrem. O *bullying* é uma das formas de manifestação da violência psicológica, mas também pode ser física, quando perpetrado contra crianças em ambiente institucional, especialmente na escola (BRASIL, 2004a; 2010).

A violência sexual é caracterizada como todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança, visando utilizá-la para obter satisfação sexual (abrange relações homo ou heterossexuais), cujos autores estão em estágio de desenvolvimento psicosexual mais adiantado que a criança. Essas se manifestam de várias formas, com destaque para o estupro, incesto, assédio sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, “*voyeurismo*” (obtenção de prazer sexual através da observação) (BRASIL, 2004a; 2010).

A Negligência/abandono é caracterizada pela omissão do responsável pela criança em prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da criança, podendo levar a conseqüências extremas de abandono parcial ou total. A omissão pode ser considerada como a ausência de cuidados básicos com a saúde, higiene, proteção das condições climáticas (frio, calor), na oferta de alimentação e medicamentos e falta de estímulos e condições para freqüentar a escola e de se relacionar socialmente (BRASIL, 2004a; 2010).

Por definição a violência é a violação do direito à vida, à liberdade, à dignidade, o não reconhecimento da humanidade do outro. A violência não só ameaça a dignidade da pessoa que sofre a violência, como também maltrata aquele (a) que a exerce. Por isso, é preciso recusar toda a legitimidade e justificação da violência contra as pessoas, especialmente contra a criança (MÜLLER, 2006, p 14).

A violência é sempre um fracasso, um drama e uma desgraça para toda a humanidade, ela pode gerar problemas sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos durante toda a vida, podendo os que dela foram vítimas, apresentarem também comportamentos prejudiciais à saúde, que mereçam uma abordagem específica por parte dos profissionais, sob pena desses

promoverem a revitimização, ou seja, novas formas de violação do direito da criança (PINHEIRO, 2006).

5.2 Impacto da violência para o desenvolvimento físico e mental da criança

A violência interpõe-se como uma poderosa ameaça ao direito à vida e à saúde da criança, promove impacto nefasto para o desenvolvimento da criança e o futuro do País, com consequências flagrantes para a saúde e a qualidade de vida, causando uma diminuição na expectativa de vida.

Além do mais, nenhuma forma de violência contra a criança se justifica, visto que são sujeitos de direitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. A exposição da criança a qualquer uma das formas de violência, principalmente na fase inicial da vida, pode comprometer o crescimento e o desenvolvimento físico e mental, podendo gerar problemas de ordem social, emocional, psicológica e cognitiva ao longo de sua existência.

As crianças vítimas de agressões perversas não têm outro recurso a não ser mecanismo de clivagem protetora, e vêm-se por vezes portadoras de um núcleo psíquico morto. Tudo que não pode ser metabolizado durante a infância vê-se projetado em permanentes passagens a ato na idade adulta. (HIRIGOYEN, 2006, p.59).

Crianças precisam ser cuidadas, educadas com amor, diálogo, limites e respeito, meios necessários para a constituição do caráter, para a consolidação de valores, para a construção da autoestima e, acima de tudo, para que elas adquiram senso de responsabilidade e se tornem adultos respeitosos e saudáveis.

Entretanto, existem inúmeras crianças mal cuidadas pelos pais ou responsáveis e que sofrem violência de natureza física, sexual e psicológica, assim como negligência e abandono. Os sinais de violência aparecem de formas distintas, e dependem do grau de exposição, ou seja, “quanto mais precoce, intensa ou prolongada” forem as situações de violência, “maiores e mais permanentes serão os danos para a criança.” (BRASIL, 2010).

A idade, o grau de desenvolvimento psicológico, o tipo de violência, a frequência, a duração, a natureza, a gravidade da agressão, o vínculo afetivo entre o autor da violência e a vítima, a representação do ato violento pela criança [...], ou ainda, as medidas em curso para a prevenção de agressões futuras, determinam o impacto da violência à saúde para esse grupo etário. (BRASIL, 2010, p. 35).

Em algumas situações, a criança pode demonstrar um estado de aparente calma logo após a violência, não significando, porém, ausência de trauma, especialmente em bebês e crianças muito pequenas, abaixo de três anos, nos quais as conseqüências e a exteriorização do sofrimento dificilmente acontecem de imediato. O estresse e o trauma vão sendo potencializados de acordo com a progressão dos atos violentos (revitimização) e pela ausência de tratamento e cuidados (BRASIL, 2010).

Os pais não transmitem a seus filhos apenas qualidades positivas, como honestidade e o respeito pelo outro; eles podem também transmitir desconfianças e desobediência às leis e às regras a pretexto de ‘dar desembaraço’. É a lei do mais esperto. Nas famílias em que a perversão é a regra, não é raro encontrar-se um antepassado transgressor, conhecido por todos, embora oculto, passando por herói graças as suas astúcias. (HIRIGOYEN, 2006, p.59-60).

A infância é, portanto, a fase de absorção de valores básicos, na forma de conceitos morais e éticos que determinarão a formação e a estruturação da personalidade. A violência, quando não reconhecida nem tratada, deixa marcas e imprime valores distorcidos. Seus danos poderão influenciar as reações, os impulsos e as escolhas para o resto da vida, e resultar em reprodução da violência na relação intergeracional (BRASIL, 2010).

Qualquer tipo de agressão na infância, seja ela de natureza física, psicológica, sexual ou produzida por negligência, de forma progressiva “pode desencadear sintomas agudos de sofrimento” e conseqüências desastrosas, podendo inclusive causar traumas e deixar sequelas em vários níveis de gravidade. Os sinais são percebidos a partir de mudanças no comportamento, de uma maneira em geral, mediante sinais de angústia, ansiedade e agressividade, que fogem ao padrão habitual e motivam a procura dos serviços de saúde. Esses podem ser identificados mesmo nas situações em que a criança ainda não tenha o controle da linguagem. O transtorno de estresse pós-traumático é outro aspecto que deve ser observado, após alguma situação de violência sofrida ou presenciada. (BRASIL, 2010).

Por outro lado, é preciso examinar o sentido da agressividade que gera a violência. Segundo Müller (2006), a agressividade se manifesta nas situações de injustiça, gerando o conflito. Para esse autor, é por meio do conflito que se consegue ter os direitos reconhecidos, além de criar as possibilidades de construir a justiça social. Contudo, para se estabelecer uma relação de justiça entre pares é necessária que a agressividade seja controlada, pois, dependendo da maneira como é utilizada, pode gerar violência.

Daí a importância do sentido da não-violência. A negativa da expressão “não-violência” demonstra o desejo da negociação, do diálogo, da resistência, da paciência na busca da construção da cultura de paz. Não se pretende com isso negar a violência, ou contrapor-se ao conflito, à agressividade, à luta e à força. Trata-se de um não à violência e à recusa de sua justificação (MÜLLER, 2006).

Entretanto, este estudo não tem a intenção ou pretensão de discutir ou explicar exaustivamente as consequências da violência para a saúde da criança, mas sim refletir sobre políticas públicas e estratégias que contribuam para rompimento do ciclo da violação de seus direitos, um dos componentes da Linha de Cuidado.

5.3 Políticas de saúde e pactos para o enfrentamento da violência

O Ministério da Saúde (MS) é o órgão responsável pelo processo de formulação e implementação de políticas para o enfrentamento da violência, para a população em geral, por intermédio de suas unidades e vinculadas. Essas são transformadas em planos, programas, projetos e estratégias, cujas competências são, em sua maioria, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), que atualmente coordena a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Nesse sentido o MS, ao reconhecer que a violência se tornou um problema para o setor saúde, evidenciado pelo número significativo de óbitos e de internações de crianças, segundo os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), respectivamente, criou o Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e Adolescência (Portaria GM nº 3.733/1998), vinculando ao Comitê Técnico Científico (CTC), (Portaria nº 3.566 de 02/09/98). Com isso, avançou-se no cumprimento de medidas legislativas, sociais e administrativas, especialmente em relação à obrigatoriedade da notificação de maus-tratos contra a criança e adolescente e na definição da política de atendimento nas três esferas de gestão do SUS.

A elaboração da PNRMAV (Portaria GM/MS, nº. 737/2001), foi resultado de um processo de construção coletiva, liderada pelo CTC. Essa tem por objetivo reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências no País, com ênfase no desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção da saúde e de prevenção de violências e acidentes, mediante a elaboração ou a readequação de planos, programas e ações, em conformidade com as diretrizes

e responsabilidades nela estabelecidas, e a articulação com diferentes segmentos sociais, sob a correponsabilidade das três esferas de governo, após pactuação com as instâncias deliberativas.

Em suas diretrizes, estabeleceu os seguintes eixos: (i) promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; (ii) monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; (iii) sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; (iv) assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; (v) estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; (vi) capacitação de recursos humanos; (vii) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisa; (viii) avaliação e monitoramento.

O processo de implementação dessa política teve início com a definição da ficha de “Notificação de Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes.” (Portaria nº 1968/2001), seguido de importante movimento de sensibilização e de mobilização de gestores e profissionais de saúde em todo o Brasil, a partir da disseminação do manual de orientação aos profissionais de saúde (BRASIL. 2002).

Entretanto, esse processo não foi adiante pela inexistência de um sistema de informação para alimentação dos dados, ficando a critério da gestão local; e no âmbito nacional, o seu registro parcial sob a condução da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente (SPDCA/SDH/PR), gestora do Sistema de Informação de Proteção à Infância e Adolescência (Sipia), que também não obteve êxito, na ocasião, devido as dificuldades operacionais para a implementação no País, entre outras.

Em 2003, como desdobramento e aprimoramento dessa política foi elaborada a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria nº 1.863-GM/MS), com o objetivo de garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências, entre elas as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e tentativas de suicídios), devendo ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2003).

Em seguida, em 2004, o MS estruturou a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (RNPVPS) com os seguintes objetivos: (i) articular a gestão e as ações de prevenção de violências e promoção da saúde e cultura de paz; (ii) implantar e implementar o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA); (iii) qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis; e (iv) capacitar os profissionais, movimentos sociais e conselhos de direito dentre outros para o trabalho de

prevenção da violência em parceria com os pólos de educação permanente (Portaria nº 936/2004).

Essa organização iniciou a partir da implantação/ou implementação dos Núcleos em três modalidades: Núcleos Municipais, incluindo o Distrito Federal, Núcleos Estaduais e Núcleos Acadêmicos. Nos anos de 2004 e 2005, numa ação coordenada pela SAS/MS, foram repassados recursos federais na ordem de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais), mediante assinatura de convênios, para a implantação de Núcleos nos estados, no Distrito Federal e nos municípios, com o apoio de universidades e centros de pesquisa.

A partir de 2006, essa Rede passou a ser coordenada pela SVS/MS, por intermédio da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis (Cgdant), do Departamento de Análise de Situação de Saúde (Dasis), que deu continuidade ao processo de implantação e/ou implementação dos Núcleos, com repasse de incentivo financeiro na modalidade fundo a fundo, que varia entre 50 a 100 mil reais por ente da federação (estados, municípios e do Distrito Federal). O processo de seleção se dá mediante a apresentação de projetos, orientados por editais, com fortalecimento e ampliação nos anos subsequentes.

No ano de 2005, teve início o debate em torno da construção da Ficha “única” de Notificação de Violência, também coordenado pela Cgdant/Dasis/SVS. Foi lançada em 2006 por meio de dois componentes: (i) Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violências Doméstica, Sexual e outras violências (VIVA - Contínuo), alimentado no módulo no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan_Net), a partir de 2009; e (ii) a Ficha de Notificação de Violências e Acidentes em Serviço Sentinela de Urgências e Emergências (VIVA - Inquérito), realizado a cada dois anos, seguindo metodologia de captação dos dados. Seus resultados contribuem no processo de formulação de políticas e na organização e qualificação dos serviços de média e alta complexidade.

O VIVA – Contínuo, que a partir de janeiro de 2011 passou a figurar na relação dos sistemas universais, dispõe de variáveis que possibilitam conhecer o perfil dos atendimentos da violência interpessoal, de natureza física, sexual, psicológica e a negligência e/ou abandono, onde ainda impera a lei do silêncio, do medo e dos tabus, especialmente quando se trata de crianças. Também capta dados relevantes sobre o agressor, que visam subsidiar a formulação de políticas e ao mesmo tempo promover a intervenção e o cuidado das violações, segundo as dimensões do cuidado (BRASIL, 2009c).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), lançada em 2006, aprimorou as diretrizes da PNRMAV ao incluir no rol de prioridades a **prevenção de violências e estímulo**

à **cultura de paz**, dentre as ações específicas para 2007-2008, (re)pactuadas sistematicamente nas instâncias deliberativas do SUS, no Conass, no Conasems e na CIT.

A PNPS, portanto, priorizou em suas ações a (i) ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência, Promoção da Saúde e Cultura de Paz; (ii) investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e no encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual; (iii) estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual; (iv) implementação da ficha de notificação de violência interpessoal; (v) incentivo ao desenvolvimento de planos estaduais e municipais de prevenção da violência.

A Política Nacional da Atenção Básica (2006) definiu os atributos essenciais da atenção primária à saúde no território: o acesso de primeiro contato com o SUS, a coordenação da atenção e cuidado dentro do sistema, e continuidade e a integralidade da atenção à saúde.

Nos serviços da atenção básica, além das unidades básicas, merecem destaque dois dispositivos de apoio e fortalecimento às equipes de Saúde da Família, são eles: o Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Programa de Saúde na Escola (PSE), ambos têm especial relevância no processo de implementação da *“Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde da Criança em Situação de Violências”*, portanto, são levados em consideração na definição dos aspectos que orientam a construção de indicadores de monitoramento de implementação da LC, no Capítulo 6 deste estudo.

O NASF foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência das ações de atenção primária, mediante a assessoria e apoio à Saúde da Família (SF) na rede de serviços e no processo de territorialização e regionalização. Dentre as atribuições dos NASF estão previstas as capacitações de profissionais da saúde, da assistência social, da educação e demais profissionais afins, bem como das famílias, em relação aos cuidados diferenciados para crianças e adolescentes em situação de violência..

As equipes dos NASF têm também um papel importante de matriciamento das equipes da SF, dando apoio técnico e garantido suporte aos profissionais de saúde em ações específicas, a exemplo da atenção ao profissional de saúde (cuidado do cuidador), nas estratégias de organização do serviço para atenção e cuidado integral e o trabalho em redes no território. Destaca-se o papel do psicólogo e do assistente social, dentro da equipe do NASF, no cuidado integral às crianças e aos adolescentes em situação de violências.

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.286/2007, regulamentado pela Portaria GM/MS, nº 1.861/2008, estabeleceu recursos financeiros de adesão ao PSE para municípios com equipes de Saúde da Família (SF), e contempla em suas

diretrizes, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos (violências e acidentes), voltados para crianças e adolescentes na faixa-etária de 6 a 15 anos.

PSE constitui-se na principal estratégia de integração e de articulação permanente entre as políticas e ações de saúde e de educação, envolvendo as equipes de Saúde da Família (SF) e da educação básica, e com a participação da comunidade escolar, voltados para municípios com equipes de SF, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb). O PSE encontra-se em processo de expansão com a adesão de mais de 2.812 municípios, a partir de critérios e metas pactuadas com os gestores municipais de saúde para o desenvolvimento das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares, para recebimento de recursos financeiros (junho de 2011).

Observa-se que desde a formação da agenda para o enfrentamento da violência, sobretudo no que concerne à criança, não foram poucas as políticas, pactos e estratégias voltadas para o desenvolvimento de ações e serviços de promoção da saúde e cultura de paz; de prevenção de violências interpessoais, especialmente intrafamiliar; e de atenção e cuidados às pessoas em situação de violências, relacionados, a seguir, no **Quadro VII**.

Com esse conjunto de políticas e ações, no âmbito da gestão federal do SUS, um grande passo foi dado na garantia dos direitos à proteção e à saúde de crianças e adolescentes, em especial para aquelas que tiveram seus direitos violados. A seguir, como desdobramento dessas políticas, na Linha de Ação: Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz, da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, alguns projetos e ações específicos merecem destaque.

Quadro VII - Políticas de saúde e pactos para o enfrentamento da violência.

Políticas de saúde/ pactos pela saúde	Estratégias e ações de enfrentamento à violência	Ano
Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737, de 16/05/2001).	- Portaria GM/MS nº 1.968/2001, que dispõe sobre a notificação às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos no SUS.	2001
	- Portaria nº 936, de – Estruturação dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde.	2004
	- Portaria nº 1.608, de 3/08/2004, que constitui o fórum nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. - Portaria nº 1.508, de 01/09/2005, dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos na lei, no âmbito do SUS.	2005
Política Nacional de Atenção as Urgências (Portaria n.º1.863-GM/2003).	- Institui o Componente Pré-Hospitalar Móvel da Política Nacional de Atenção as Urgências (Portaria n.º1.864-GM/2003).	2003
	- Portaria nº 1.876, de 14/08/2006, que institui diretrizes nacionais de prevenção do suicídio.	2006
Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria n.º 689/2006).	- Portaria GM/MS nº 1.356 de 23/07/2006 institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências (VIVA) em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde.	2006
	- Portaria nº 104 de 25/01/2011, que define, entre outros procedimentos, a relação de doenças e agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.	2011
Política Nacional da Atenção Básica (Portaria n.º 648/2006).	- Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (Portaria nº 154, de 24/01/2008), com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da atenção primária, mediante à assessoria e apoio ao Saúde da Família, com destaque para capacitações em relação ao cuidado integral e o trabalho em rede no território, a partir da atenção primária. - O Programa Saúde na Escola (PSE), regulamentado pela Portaria GM/MS, nº 1.861, de 4/9/2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - Ideb, que aderirem ao PSE. - Portaria Nº 2.920, de 02 de dezembro de 2008. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família que atuem em áreas prioritizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci).	2008

5.4 Linha de Ação: Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz

As políticas de saúde, programas e pactos universais (**Quadro – VII**) permitiram a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (Crialm), do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), desenvolver um conjunto de projetos visando à atenção integral à saúde de crianças em situação de violências.

A partir de junho de 2008, a Crialm/Dapes avançou ao eleger a Linha de Ação: “*Prevenção de Violências e a Promoção da Cultura de Paz*”, como uma de suas prioridades. Essa linha tem por finalidade desenvolver ações e estratégias de prevenção de acidentes e violências e de atenção e cuidado da saúde da criança em situação de violências, visando implementar as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e de ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, entre outras relacionadas no **Quadro VII**.

Naquela ocasião, em 2008, foi proposto um Plano de Ação, organizado por linhas de ações, que se concretizaram de três projetos: (i) a produção de materiais técnicos institucionais, diretrizes/orientações para a atenção integral à saúde de crianças em situação de violências; (ii) mapeamento e qualificação da rede de atenção integral à saúde de crianças em situação de violências; e (ii) qualificação de apoiadores/tutores para a capacitação de profissionais de saúde como multiplicadores da Linha de Cuidado.

A implementação desse Plano de Ação, a partir de 2008, vem sendo possível em função de parcerias bem sucedidas, por meio de convênios com instituições de referência em pesquisa e produção de conhecimento na temática da prevenção de violências e atenção e cuidados de crianças com direitos violados.

Em 2008 a Crialm/Dapes firmou convênio com o Centro Latino Americano de Estudos e Violência e Saúde (Claves/Ensp/Fiocruz), para em conjunto desenvolver o Projeto: produção de material institucional (diretrizes e orientações para a atenção integral à saúde de crianças em situação de violências), que tiveram como produtos: (i) elaboração da “*Linha de Cuidado para a Atenção Integral Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: orientações para gestores e profissionais de saúde*”; e (ii) “*Metodologias para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*”, além da gravação dessas duas publicações em CD.

Destaca-se que, embora o convênio tenha sido firmado em 2008, as atividades desse projeto tiveram o início postergado para julho de 2009, em função da demora na triangulação

do repasse de recursos financeiros entre as partes. Destaca-se ainda o trabalho conjunto com a Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem (Sadol), também do Dapes/SAS, embora o dispêndio de recurso tenha sido apenas da Crialm/Dapes/SAS.

A construção da Linha de Cuidado contou com a contribuição de pesquisadores e profissionais experientes no atendimento de crianças e adolescentes em situação de violências de diferentes instituições de várias regiões do país. Também contou com o envolvimento de profissionais de saúde de várias unidades do Ministério da Saúde, das Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, de Saúde Mental e Saúde da Pessoa com Deficiência, do Departamento de Atenção Básica e de unidades da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em especial do Departamento de DST/Aids e da Coordenação de Doenças e Agravos não-Transmissíveis (Cgdant/Dasis/SVS).

O documento passou por consulta pública em maio de 2010 e recebeu contribuições do Ministério da Educação (MEC), do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente (SNPDCA), da Secretaria de Direitos Humanos, da Presidência da República (PR). Também recebeu contribuições de instituições, associações profissionais e conselhos de direitos da criança e do adolescente, fóruns de enfrentamento à violência, entre outros seguimentos da sociedade, de várias regiões do país, que atuam na promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes no país.

O lançamento da *“Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”* aconteceu em julho de 2010, durante o evento de comemoração dos 20 anos de políticas de saúde para crianças e adolescentes e do ECA. A publicação do documento *“Metodologias para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”*, encontra-se em fase de finalização (julho 2011).

Em 2009 a Crialm/Dapes firmou convênio com a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), da Fundação Osvaldo Cruz (Ficoruz), para execução no período de 2010-2011, com designação de um profissional da área para o acompanhamento do Projeto: Qualificação e Fortalecimento da Rede de Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes em Situação de Violências, no âmbito do SUS, com os seguintes produtos: (i) mapeamento dos hospitais que atendem crianças e adolescentes vítimas de acidentes e violências, em municípios acima de 200 mil habitantes; e a partir do mapeamento; (ii) realização de pesquisa *in loco*, visando caracterizar os tipos de serviços e sua capacidade instalada para a atenção integral à saúde de crianças em situação de violências, em 5 (cinco) municípios das 5 (cinco) regiões do País com maior potencial de violência contra crianças e adolescentes.

O relatório do mapeamento dos estabelecimentos de saúde que atendem crianças e adolescentes que sofreram violências já foi apresentado ao Ministério, no dia 06 de abril de 2011. O próximo passo será a negociação dos estabelecimentos de saúde viáveis para a realização da referida pesquisa e a elaboração do questionário da pesquisa.

O terceiro convênio foi firmado no ano de 2010, com o Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fiocruz com o objetivo de desenvolver o Projeto: Capacitação da estratégia da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e suas Famílias em Situação de Violências, com prioridade para os Estados do Nordeste e Amazônia Legal das capitais do Rio de Janeiro/RJ, do Rio Branco/AC, de Campo Grande/MS, de Florianópolis/SC, de Recife/PE, e dos municípios de Santa Filomena e Araripina (PE), que compõem a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos e Saudáveis (EBBS). Os produtos são: (i) produção da matriz pedagógica (plano de aula) para apoiadores/tutores e multiplicadores; (ii) produção de um vídeo sobre a Linha de Cuidado (8') para sensibilização dos profissionais de saúde; (iii) qualificação/formação de 40 apoiadores/tutores para realizarem a multiplicação da estratégia da Linha de Cuidado; (iv) capacitação de 600 Multiplicadores para a implementação da Linha de Cuidado.

Acrescenta-se a isso a proposta de construção de indicadores para o monitoramento da implementação da Linha de Cuidado, objeto deste estudo, elaborado com o objetivo de contribuir com o fortalecimento dos projetos e das ações da Linha de Ação: Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz.

Entretanto, compreende-se que essas medidas não são suficientes. Para sua implementação se faz necessária, sobretudo, uma parceria com os estados, municípios e o Distrito Federal. Nesse sentido, é preciso que exista uma pactuação de agendas de compromissos para a implementação da Linha de Cuidado com os gestores. Nesse sentido, foi realizada a primeira oficina da Linha de Cuidado em Campo Grande/MS, em setembro de 2010, envolvendo a capital e o Estado de Mato Grosso do Sul/MS. Participaram do evento os profissionais da rede de cuidado e de proteção social, especialmente as áreas de saúde, da assistência social, da educação, do sistema de justiça, da segurança pública e dos Conselhos Tutelares.

É importante destacar ainda que a implementação da Linha de Cuidado também depende, em grande medida, de maior envolvimento dos gestores da Atenção Básica, pelo seu papel indutor da coordenação do cuidado no território e articulado com os três níveis de atenção, (Básica, Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar), além da necessária articulação

intersetorial com outras políticas sociais, sobretudo, com assistência social, educação e direitos humanos.

Em síntese, as políticas, programas, pactos e estratégias de enfrentamento à violência (**Quadro VII**) fortaleceram as ações da Linha de Ação: Prevenção de violências e Promoção da Cultura de Paz, ao possibilitar a elaboração da “*Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*” como estratégia de indução para o alcance da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, bem como apontaram caminhos para sua implementação, necessitando, sobretudo, de indicadores de monitoramento, objeto do presente trabalho, cujos aspectos serão delineados no capítulo 6, que viabilizarão a sua construção no capítulo 7, a seguir.

6 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS

*A utopia da atenção integral ou o cuidado centrado no cidadão?
Gastão Wagner Sousa Campos (2006).*

A nova institucionalidade da saúde tem seus fundamentos nos princípios dos direitos humanos, da cidadania e da dignidade da pessoa humana, definidos na Constituição Federal (CF) de 1988, no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90) e nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90), que instituíram o Sistema Único de Saúde (SUS).

O direito à saúde é um dos direitos sociais, garantido na consituição, na qual é estabelecido que:

“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Art.196, CF/98).

O SUS é, portanto, concebido como um arranjo organizacional que compreende um conjunto de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo-se em um sistema único, tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (Art. 198, CF/88).

A diretriz constitucional relativa ao ‘atendimento integral’ ganhou o *status* de princípio na criação do SUS como “integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos...” (Art. 7º, da Lei 8.080/90), e que aqui será entendido como atenção integral ou integralidade do cuidado.

Várias iniciativas jurídicas institucionais foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde, com destaque para as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto nº. 99.438/90, (organização do Conselho Nacional de Saúde); as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, que tiveram como principais estratégias a orientação para a operacionalidade do sistema, com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando assim na consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, NOB-1996).

A atenção à saúde compreende um conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todas as esferas de governo, “para o atendimento das demandas pessoais e das exigências

ambientais, compreende três grandes campos,” a assistência, a intervenção ambiental, a normalização, a fiscalização, e o das políticas externas ao setor saúde (NOB, 1996), restringindo-se aos aspectos biomédicos (diagnóstico, tratamento e reabilitação). Mas na medida em que o SUS avança na consolidação dos princípios de acesso universal e igualitário às ações e serviços, a atenção integral passa, cada vez mais, a ser exigida pela população como o desejo de suprir toda e qualquer necessidade de saúde, de forma irrestrita, como um direito de cidadania.

Esse conceito foi ampliado de forma mais ambiciosa a partir da XI Conferência Nacional de Saúde, que fez ampla defesa do:

“acesso universal à atenção integral, equânime e humanizada, garantindo o financiamento de todos os níveis da saúde, com autonomia dos municípios e estados na elaboração e execução de seus Planos, com aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde.” (BRASIL, 2000, p.15).

A Norma Operacional da Assistência (NOAS-SUS 01/2001), que teve uma reedição no ano seguinte (NOAS-SUS 01/2002), criou as condições para a expansão das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; fortaleceu a regionalização como estratégia de hierarquização e de maior equidade; estabeleceu os mecanismos para o fortalecimento da gestão do SUS e atualizou os critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2006a).

6.1 Mudança do modelo de atenção à saúde - um passo a mais para a cidadania

Muito se fala na mudança do modelo de atenção à saúde. Mas afinal, de que modelo se está falando? Em princípio, do modelo assistencial ou do modelo técnico-assistencial. Para Sousa Campos (2006, p.58), o modelo de atenção é “um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político.” Que reúne um conjunto “de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico.” Que considera os arranjos organizacionais da prática clínica ancorados em princípios éticos, jurídicos, sócio-culturais, a partir “de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e desejos sobre o viver saudável.”

Em resumo, o autor define modelo como “um processo permanente de criatividade, modelo esse que nunca se completa, [...]” como um movimento incessante em constante mutação e que nunca se esgota. Trata-se, portanto, de um sistema híbrido que envolve tanto o técnico quanto o político.

O modelo técnico-assistencial está ancorado nos princípios gerais do movimento sanitário brasileiro, tais como a gestão democrática - sinônimo de corresponsabilidade na gestão, que compreende a representação dos usuários organizados, prestadores de serviços e governo; “saúde como direito de cidadania e serviço público voltado para a defesa da vida individual e coletiva.” Tal modelo é visto como a atenção médica individual, necessariamente subordinada à epidemiologia (CECILIO, 2006, p.23).

A ausência de cuidados que atingem, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de exclusão desigual pelos serviços de saúde, aponta para a necessidade da reversão de modelos assistenciais que não contemplem as reais necessidades de uma população, o que implica em disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão. Tal lógica também deve ser contemplada pelo planejamento de ações voltadas para a atenção integral às crianças e às famílias que se encontram em situação de violências.

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha se constituído a partir de alguns desses princípios desde sua concepção, ao mesmo tempo tem reunido esforços para operar em uma lógica na qual a medicina possa atuar sobre o “indivíduo como um instrumento pertencente a um projeto integrado de ações de saúde,” articulando a ação individual às coletivas, considerando que um não atendimento à demanda espontânea é uma negação ao modo como o coletivo construiu a relação entre usuário/cidadãos e os serviços de saúde, e o acesso a determinados serviços de saúde, mesmo que de forma ainda parcial (CECILIO, apud SOUSA CAMPOS, 2006, p.23).

Cecílio apud Sousa Campos (2006, p.24) reforça a idéia no que se refere à “crítica ao modelo que enfatiza a diferença entre o modelo pautado no ‘trabalho sanitário’ e o ‘trabalho clínico ou de consultação’, identificando como ‘práticas distintas de saúde’ e subordinando o segundo ao primeiro, quando na verdade devem ser complementares entre si. Tal prática recebeu o nome de proto-atendimento, contrapondo-se a qualquer pretensão de que essa venha impor sua lógica às demais formas de assistência e, embora sofra certa rejeição, pode-se reconhecer sua força ideológica, cultural e econômica, pela sua capacidade de evitar e aliviar a dor física e o sofrimento, de controlar doenças e reabilitar pessoas

O processo de implementação do SUS tem sido um paradoxo recorrente ao longo desses 20 anos. Contudo, se, por um lado, a crise de financiamento tem retardado a concretização dos princípios de universalização do acesso com igualdade de condições, por outro tem possibilitado repensar alternativas que favoreçam a atenção integral como um direito de cidadania (SOUSA CAMPOS, 2006).

Mas, além das dificuldades de financiamento, para Sousa Campos (2006, p.61), outros obstáculos têm impedido o pleno desenvolvimento de modelos alternativos de atenção à saúde. O primeiro deles são as próprias disciplinas ordenadoras do campo da saúde (a clínica, o planejamento, a epidemiologia e a saúde pública). O segundo se interpõe “à organização dos serviços públicos de qualidade, que tem a mesma origem contraditória do primeiro”, que o autor se refere como sendo “a adoção, mais ou menos mecânicas, de diretrizes ordenadoras dos sistemas de saúde,” particularmente a “hierarquização e regionalização dos serviços e as práticas de saúde”.

Para o autor, as consequências dessa postura tradicional são inúmeras, observadas em todas as áreas, mas são mais expressivas nos cuidados relacionados à clínica. Isso porque existe uma dificuldade na definição de diretrizes indutoras que determine o desenho de um novo modelo que pressupõe “a qualidade do cuidado e a legitimação dos serviços públicos” por parte dos cidadãos/usuários, que diz respeito à percepção desses sobre “VÍNCULOS DE ACOLHIDA E DE RESPONSABILIZAR-SE A EQUIPE pelo cuidado integral da saúde coletiva e individual.” (SOUSA CAMPOS, 2006, p.62).

O conceito de integralidade permite pensar o sujeito na sua totalidade, mesmo que não seja possível responder a todas as suas demandas, mas permite a intervenção no campo da saúde, visando o bem-estar físico e mental, o cuidado integral, o resgate da cidadania e a qualidade de vida, apoiando-se no conceito de saúde definido pela OMS “não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social.” (SEGRE; FERRAZ, p.539).

A integralidade é entendida como uma ação resultante da interação democrática entre sistemas e atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, assistência social e educação, nos diferentes níveis de atenção. É, portanto, um novo jeito de produção de saúde em bases democrática de integração do saber fazer e do cuidado, apoiado “numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança.” (GOMES; PINHEIRO, 2005, p.289).

A integralidade deve estar articulada com a tendência de transformação no agir em saúde, capaz de superar a lógica fragmentada, desarticulada, verticalizada e apoiada em uma postura autoritária de imposição de um saber científico descolado dos anseios e desejos da população por melhores condições de vida e de saúde. Evidencia-se, portanto, a necessidade de se perceber a integralidade como teoria e prática, em vários níveis da atenção à saúde, alicerçado em “um novo paradigma preparado para ouvir, entender e, a partir daí, atender às

demandas e necessidades das pessoas, grupos e coletividades.” (MACHADO, et al, 2006, p.340).

Verifica-se que “a abordagem teórica dos estudos acerca da integralidade não se reduz apenas à atenção em saúde nos diferentes níveis de complexidade”, contudo, tem sido fonte de reflexão na construção de novos saberes e práticas no cotidiano dos serviços de saúde que tem conjugado esforços tanto “na dimensão técnico-estrutural, quanto nas relações interpessoais e dos processos de trabalho.” (PINHO et, al, 2007, p. 844-845).

A Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a correponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. São estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, visando potencializar a garantia da atenção integral, resolutiva e humanizada. Congrega estratégias e métodos específicos para o acolhimento nas práticas de produção de saúde; acolhimento como avaliação de risco; ambiência como espaço social (foco na privacidade, na produção da subjetividade e ferramenta facilitadora do trabalho) e na Gestão participativa e co-gestão (BRASIL, 2006d).

6.2 O cuidado como prática solidária, inclusiva, transversal e de qualidade

A integralidade responde por um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária, que não representa apenas uma diretriz do SUS. Segundo Mattos (2001) e Gomes; Pinheiro (2005) na prática, “a integralidade assume uma polissemia de sentidos”, ou seja, se expressa por meio de mais de um sentido: do **humano**, do **trabalho** e das **políticas públicas**, que foram aceitos como referência neste estudo, para a compreensão da organização da “*Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*”, e as dimensões de cuidado nela estabelecida.

A integralidade na perspectiva da condição humana, do ser humano, da atitude do profissional, é entendida como um traço da boa prática de saúde – prática humanizada, ética e respeitosa, presente no encontro, no diálogo, na atitude do profissional que busca reconhecer a criança como sendo sujeito de direitos e pessoa em condição especial de desenvolvimento, para além de suas demandas e necessidades de atendimento individual (MATTOS 2001; GOMES; PINHEIRO, 2005).

Para tanto, é importante compreender a concepção do cuidado que se funde com o conceito de saúde e de ser humano, como afirma Leonardo Boff (2003), o cuidado se encontra

na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa, revelando de maneira concreta o ser humano. Ainda segundo esse autor (1999), é no cuidado que vamos identificar os valores, princípios e aspirações que dão origem a atos e atitudes, necessários para a sociabilidade humana.

O cuidado se caracteriza na realização de uma ação singular, mas de expressão plural, não significando o cuidar de si mesmo, mas o cuidado do outro sem intenção ou pretensão. Portanto, “cuidar é mais que um ato; é uma atitude, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, e de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.” (BOFF, 1999, p.33,).

Essa idéia se completa quando Ayres (2004) recorre à expressão do ‘Cuidado’ utilizado por Heidegger (1995), cuja centralidade reside no modo de ser dos humanos, desde os modos de agir e interagir, amplamente usado nas práticas de saúde. Essa boa prática se concretiza por meio do acolhimento da criança, do cuidado para que o problema não seja reduzido aos aspectos físicos e biológicos com uma postura ética, um diagnóstico ágil e seguro, mediante o uso de técnicas e abordagens que melhor atendam o superior interesse da criança, com um olhar para além das especificidades da prática profissional.

O limite que opera entre o primeiro sentido da integralidade e do segundo sentido, do ser profissional, é bastante tênue. Esse é definido como modo de organizar as práticas no cotidiano do serviço, combinando estratégias de horizontalização dos programas e serviços, visando a superação da fragmentação das atividades no serviço/unidade e a descontinuidade da atenção (MATTOS 2001; GOMES; PINHEIRO, 2005).

Esse segundo sentido se traduz na articulação dos profissionais tanto no interior dos serviços de saúde quanto nos serviços da rede de assistência social e da educação, etc., para atender as demandas de crianças e suas famílias em situação de violências. Assim, a integralidade do cuidado se materializa com o trabalho em rede onde as oportunidades devem ser potencializadas em todas as dimensões do cuidado, na aplicação de protocolos, direcionados por uma lógica que perpassa o acolhimento, atendimento (diagnósticos, identificação de riscos para a saúde e bem-estar, além de tratamento/cuidados), notificação dos casos de suspeitas e confirmação de violências, e seguimento na rede de cuidados e de proteção social de crianças, além de estabelecer diálogos com outros sistemas locais de garantia de direitos e segurança pública.

O cuidado, de forma idealizada, recebido/sentido pelo paciente, é o somatório de um grande número de vários cuidados que vão se completando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, ente os diversos cuidadores que circulam e produzem a vida do

hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos de cuidado em saúde (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Por fim, o terceiro sentido, o da integralidade das políticas públicas, como respostas governamentais a problemas específicos de saúde, de assistência, de educação – políticas e ações desenhadas para atender a um determinado problema social que afligem grupos populacionais em situação de riscos ou vulnerabilidades para violências (MATTOS 2001; GOMES; PINHEIRO, 2005).

Segundo Machado et al (2006, p.336) “o atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde”, exigindo a atenção individual e coletiva com qualidade e de forma continuada, além da “prática multiprofissional”.

Esses três sentidos se complementam e favorecem a organização da atenção integral à saúde da criança em situação de violência em “linha de cuidado”, como uma estratégia de fortalecimento das ações de promoção da saúde e cultura de paz, prevenção das violências, proteção e defesa dos direitos humanos, buscando a valorização das práticas de saúde humanizadas, conjugadas com as práticas sociais do trabalho e das políticas públicas no território.

Em geral, quando se fala em cuidado no contexto da saúde, isso quase sempre está relacionado com uma prática humanizada e integral, articulada com um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear a relação entre um sujeito, o paciente e o profissional de saúde (AYRES, 2004).

Para esses autores a integralidade do cuidado só pode ser entendida em rede. Pode haver algum grau de integralidade sob o foco quando uma equipe em serviço, através de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender da melhor forma possível, o sofrimento de cada um, especialmente quando estamos lidando com o fenômeno da violência física, sexual, psicológica e a negligência das quais as crianças são submetidas diariamente, além de serem as vítimas preferenciais dos agressores.

Assim, após esse percurso, partindo das normativas internacionais e nacionais, do conjunto de medidas legislativas que permitiram a regulamentação de políticas universais de saúde, e das políticas e pactos dessas decorrentes, conjugando com as reflexões dos autores sobre a formação da agenda de enfrentamento à violência e de atenção integral à saúde de crianças em situação de violências, chega-se a *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à*

Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, objeto de análise para a identificação dos aspectos que viabilizem o seu monitoramento.

6.3 Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências

A construção da “*Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*” foi ancorada nas normativas internacionais e nacionais e nos dispositivos constitucionais e infraconstitucionais, assim como nas políticas universais de saúde. Além do mais, foi inspirada nos princípios da proteção integral, da integralidade do cuidado e, principalmente, de justiça social, para que nenhuma criança seja objeto de qualquer forma de violência.

O objetivo aqui não é a análise do seu conteúdo, mas é importante apreciá-lo, uma vez que se faz necessário identificar os aspectos para o seu monitoramento. A Linha de Cuidado foi lançada em julho de 2010, pelo MS com o objetivo de: (a) orientar os profissionais de saúde para a importância da integralidade do cuidado nas dimensões do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social, e (b) sensibilizar os gestores para a organização dos serviços em rede para o enfrentamento da violência contra a criança no território (BRASIL, 2010).

Cabe uma rápida explicação em relação ao público a que se destina essa publicação, em que pese o fato de estar-se tratando de crianças, adolescentes e suas famílias. Na presente dissertação foi feito o recorte somente para a criança, que compreende a faixa etária de 0 a 9 anos, embora esse detalhe não tenha muita relevância.

A publicação é composta de apresentação, seguido de seis capítulos e a conclusão, conforme o **Quadro VIII**.

Por tanto, a Linha de Cuidado incorpora em seu conteúdo orientações aos profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de violências e promoção da cultura de paz no dia-a-dia dos serviços. Ao mesmo tempo em que estabelece as dimensões do cuidado para a intervenção das situações de violências interpessoais de natureza física, sexual, psicológica, além da negligência, operando na produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, induzindo a organização de rede intra e intersetorial, e exigindo assim a articulação entre os profissionais das políticas sociais básicas no território e demais sistemas.

Quadro VIII – Organização do conteúdo da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.

Capítulos da LC	Resumo do Conteúdo
Apresentação 1.Introdução	Apresenta as normativas internacionais e nacionais em relação aos direitos da criança e do adolescente, especialmente no que tange às políticas de saúde voltadas para a promoção do acesso a um conjunto de ações de prevenção de violências e de atenção integral às crianças e adolescentes e suas famílias com direitos violados.
2. Promoção da saúde e prevenção de violências	Destaca a importância da promoção de vínculos e o fortalecimento da resiliência, o trabalho de prevenção de violências na família e na comunidade, o olhar atento dos profissionais para identificar os riscos e as vulnerabilidades para violências, desde o período da gestação e a promoção da cultura de paz, resultante da interação entre as famílias e os profissionais de saúde.
3. Tipos e natureza de violências que atingem crianças e adolescentes	Traz a definição dos tipos e natureza da violência com o propósito de contribuir para que os profissionais de saúde realizem o diagnóstico e a notificação da suspeita ou confirmação do caso de violência.
4. Alerta para os sinais e sintomas de violências contra crianças e adolescentes.	Discorre sobre as consequências de todas as formas de violência e a importância da intervenção, por meio do cuidado e diagnóstico precoce. Apresenta sinais da violência psicológica, física, sexual e a negligência para que os profissionais de saúde possam reconhecer possíveis alterações no comportamento de crianças e adolescentes no momento do atendimento nos serviços de saúde.
5. A Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências	Estabelece as dimensões de cuidado: o acolhimento, o atendimento, a notificação e o seguimento na rede de cuidado e de proteção social. Aborda cada uma dessas dimensões de forma pedagógica com orientações para que os profissionais de saúde se co-responsabilize pelo o cuidado de cada criança e adolescente que tenha sofrido alguma forma de violência e que possam sentir-se mais seguros no dia a dia dos serviços para realizar as intervenções e cuidados necessários, agregando conhecimentos e experiências.
6. Rede de Cuidado e de Proteção Social para a Atenção Integral às Crianças, Adolescentes e suas Família em Situação de Violências.	Orienta sobre a importância do trabalho em rede como estratégia de superação da fragmentação da atenção e o fortalecimento da gestão dos serviços de saúde disponíveis na localidade, que deve se somar as demais estratégias, programas e políticas sociais com vistas a assegurar os recursos disponíveis para garantir a atenção integral a crianças e adolescentes com direitos violados. Considerando-se a complexidade do fenômeno da violência, o enfrentamento exige que o trabalho seja pautado nos princípios de igualdade, democracia, respeito, solidariedade e cooperação, e integração entre os atores e organizações..
7.Conclusão	Conclui reconhecendo que a integralidade do cuidado ou a atenção integral só será efetivada, mediante a união de esforços das várias políticas sociais no território e o os profissionais exercem função central visando a integração dos serviços ofertados à população no território, fundamentais para a produção de cuidados e de sujeitos.

Fonte: (BRASIL, 2010).

Em síntese, a Linha de Cuidado atua em três eixos. No primeiro é colocado em evidência as ações de promoção da saúde e cultura de paz com o propósito de garantir direitos e fortalecer os vínculos entre os serviços de saúde (profissionais) e a comunidade (família), em todos os momento de interação (nas visitas domiciliares do SF e nos atendimentos em UBS).

No segundo, este avança na intervenção para o cuidado em situações de violação do direito, a partir das dimensões do cuidado: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede, com atuação nos três níveis da atenção (básica, média e alta complexidade). No terceiro, são articulados os dois anteriores com o componente da proteção social por meio do trabalho em rede para a continuidade do cuidado, proteção, recuperação e o restabelecimento do direito.

Nesse sentido, a Linha de Cuidado, pode ser entendida como uma política, uma vez que ela define diretrizes para a intervenção do cuidado e o funcionamento dos serviços em rede, além de normatizar um conjunto de diretrizes de políticas universais. Entretanto, aqui é considerada como uma estratégia para ação, um instrumento que orienta as ações de promoção da saúde e cultura de paz, a prevenção de violências, alerta para os sinais e sintomas de violências contra crianças, na qual estimula a prática do cuidado nas intervenções dos casos de violência contra a criança, segundo as dimensões da linha de cuidado e a importância do trabalho em rede no território.

Para alguns autores o cuidado só é possível quando se estabelece campos de ação e responsabilidades bem definidas. Para Cecílio e Merhy (2003), as linhas de cuidado nos estabelecimentos de saúde (hospital, ambulatório, unidade básica) podem ser um dos componentes fundamentais da integralidade do cuidado, pensado de forma mais ampla, como uma estação no caminho que cada um deve percorrer para obter o cuidado de que necessita.

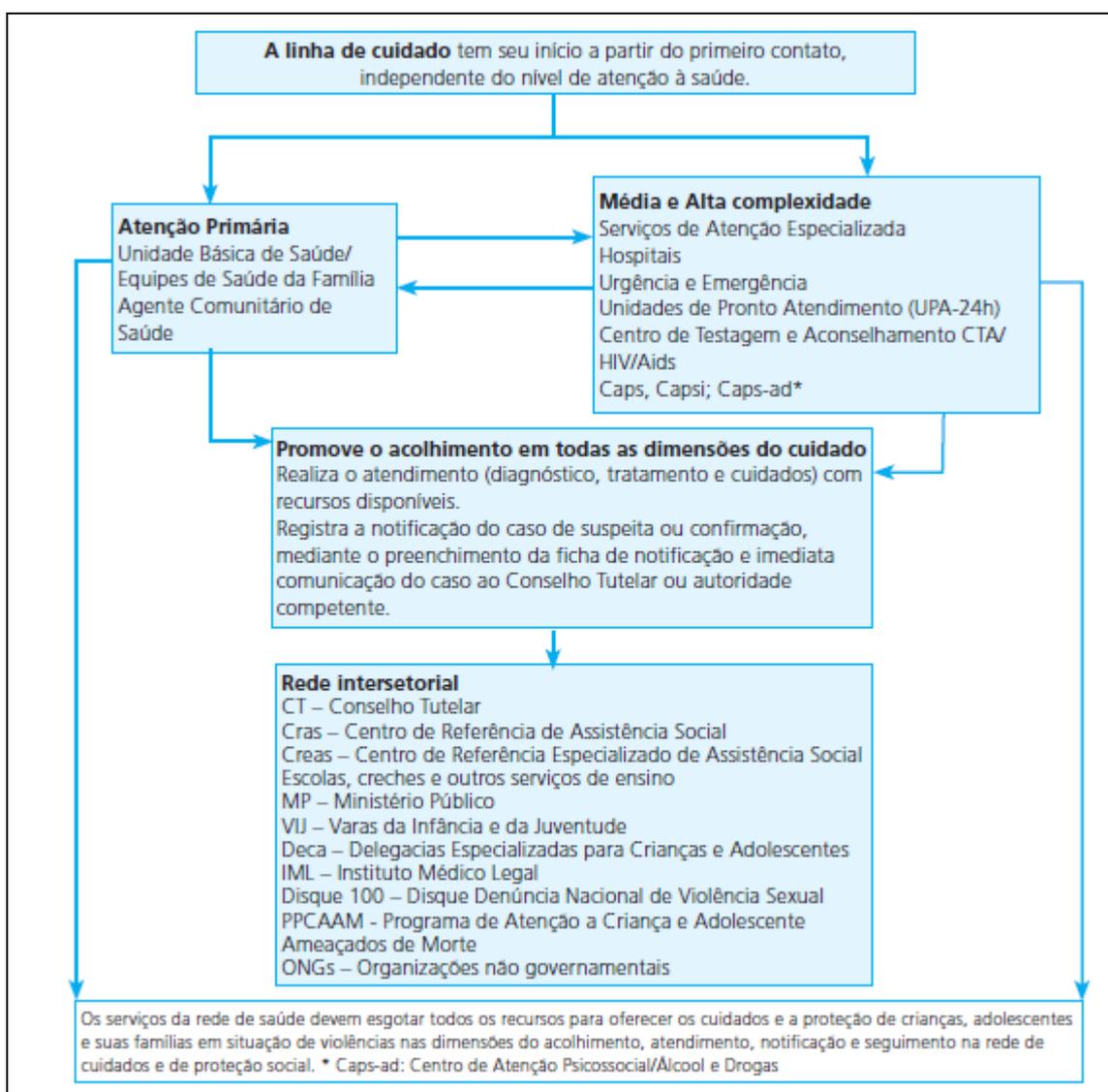
As linhas de cuidado são resultado de um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de saúde, individuais e coletivos, que exige trabalho em equipe e uma visão ampliada das dimensões da vida da criança e sua família, de todos os níveis de complexidade do sistema, e que requer a maximização dos recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutiva à necessidade desse público.

Assim, o serviço que se constitui como porta de entrada ou primeiro contato (Figura III), que no caso da violência pode ocorrer em qualquer um dos níveis da atenção, tanto na rede de saúde quanto na rede da assistência social, assim como outros dispositivos do sistema de garantia de direitos da criança, deve ser entendido como uma “estação” um “ponto do circuito” onde a criança, ao chegar, necessita do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede para a obtenção da atenção integral (BRASIL, 2010).

Por isso, a Linha de Cuidado definiu que os serviços da rede de saúde devem esgotar todos os recursos para oferecer os cuidados e proteção de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, independente da porta de entrada, conforme mostra a Figura III.

Ficou definido também que os serviços de saúde qualifiquem a atenção integral à saúde da criança em situação de violência, nos três níveis da atenção (primária, média e alta complexidade), segundo as dimensões de cuidado: **acolhimento; atendimento** (diagnóstico, tratamento e cuidados), **notificação e seguimento na rede de cuidados e de proteção social**, pensada numa lógica que permeia tanto a rede de saúde quanto da assistência social, da educação, da segurança pública, da justiça, do conselho tutelar, entre outros equipamentos sociais disponíveis no território, primando pela continuidade do cuidado, conforme a Figura III.

Figura III - Porta de entrada/primeiro contato de crianças em situação de violências com os serviços de saúde.



Fonte: (BRASIL, 2010, p.52).

Portanto, no território, o gestor deve definir quais os serviços deverão ser referência para a implementação das dimensões da Linha de Cuidado, compreendendo os aspectos que devem ser monitorados na sua implementação.

A seguir discorre-se sobre cada uma dessas dimensões.

6.3.1 Dimensão do acolhimento

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções. É o momento em que o profissional toma para si a responsabilidade de abrigar e agasalhar a criança em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade, de acordo com cada situação (BRASIL, 2006a).

A dimensão do acolhimento deve estar presente em todo o percurso das dimensões do cuidado (acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede), dispensado à criança nos serviços de saúde e para além deles, sendo necessário também o olhar para a família.

Para muitos autores, segundo Ayres (2004, p. 23,) “o acolhimento é recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço assistencial, tornando suas demandas efetivas como norte das intervenções propostas, nos seus meios e finalidades.”

Portanto, o acolhimento na porta de entrada, seja na atenção de primária, média ou alta complexidade, só ganha sentido se o entendermos como uma linha de cuidado, como uma ação contínua na interação entre o usuário e o serviço, em todos os locais e oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta por parte do profissional, durante todo o processo de produção de saúde, se diferenciando da triagem.

Por isso, a PNH, coloca em evidência a dimensão do cuidado a partir da compreensão do acolhimento como um ato de acolhida, aceitação e credibilidade, uma aproximação, uma forma de fazer com que o outro se sinta pertencendo, ou seja, um “estar com” e “um estar perto de”, mais que uma atitude de solidariedade, uma atitude de inclusão. Portanto, é preciso não restringir o conceito de acolhida ao problema da recepção ou da triagem (BRASIL, 2006a, p.20).

Para colocar em prática a ação do acolhimento faz-se necessário uma atitude de mudança no fazer em saúde, que pressupõe a escuta e a produção de vínculos como ação terapêutica; adequação nas formas de organização dos serviços de saúde, o uso ou não de saberes e afetos para a melhoria da qualidade das ações de saúde; a humanização das relações em serviço; a capacitação permanente dos profissionais; a adequação da área física e a

compatibilização entre a oferta e demanda por ações de saúde; a governabilidade das equipes locais, associados à adoção de modelos de gestão vigentes na unidade de saúde (BRASIL, 2006a).

O passo seguinte consiste no atendimento, que compreende o diagnóstico, tratamento e cuidados, expresso por um conjunto de intervenções.

6.3.2 Dimensão do atendimento

O atendimento nos serviços de saúde, embora tenha sua atuação fundamentada na atenção integral e na proteção social, estabelecido no art. 11º do ECA/1990, no campo da saúde ainda se restringe a notificação, comunicação ao Conselho Tutelar e ao tratamento do caso e, em algumas situações, ao encaminhamento à assistência social, visando a verificação da situação psicossocial da criança e da família em relação ao problema e a garantia do direito à convivência familiar e comunitária (DESLANDES, 1994, p.178).

Há que se considerar que os atendimentos às vítimas de violências de menor gravidade nem sempre são captados pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), tornando esses eventos invisíveis no conjunto dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2009c).

O princípio da integralidade ou do cuidado no atendimento “é exercido por meio do olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro”. A defesa da integralidade pressupõe inicialmente “que as práticas sejam intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos” de forma dialógica, “e não com objetos.” (MATTOS, 2004, p.1414).

Os cuidados a serem dispensados às crianças exigem atenção específica de acordo com as faixas etárias, considerando que quanto menor a criança maior deve ser os cuidados, sobretudo se ela estiver sob risco de sofrer violência, por conta de sua pouca maturidade para compreender a situação e expressar o pedido de ajuda. Um atendimento mais criterioso poderá reduzir as chances de a criança ter seus direitos violados (BRASIL, 2010).

O sentido de cuidado, especialmente no atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados) confere uma postura ética do profissional frente às questões resultantes da interação médico-paciente-família.

O diagnóstico é a subordinação de um dado caso a uma norma geral de uma síndrome, enfermidade ou agravo. O passo seguinte é o do tratamento, aqui entendido como o sentido de cuidado, no qual confere a dimensão ao processo de tratamento (COSTA, 2004).

6.3.3 Dimensão da notificação

No Brasil o processo de implantação do sistema de vigilância de violência passou por um longo processo de sensibilização, mobilização da sociedade e difusão de informação, muitas vezes contraditórias, do real papel da notificação, entendida como denúncia e não como um instrumento de garantia de direitos e de proteção da criança. É direito da criança, viver em um ambiente que promova seu bem estar físico, social e emocional, livre de qualquer forma de violência, opressão ou negligência, devendo ser assegurado pela família, estado e a sociedade.

O ECA define em seus dispositivos a obrigatoriedade da notificação dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos (violência) contra criança e comunicação ao Conselho Tutelar da localidade, sem prejuízo de outras providências legais (Art.13, ECA, 1990). Também prevê as penalidades para os casos de omissão dos profissionais de saúde, entre outros:

Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena: multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. (BRASIL, 2010b).

O Ministério da Saúde editou a Portaria n.º 1.968/GM, de 25 de outubro de 2001, que dispõe sobre a notificação às autoridades competentes de casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas unidades de saúde do Sistema Único da Saúde (SUS). Nessa, estabelece que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes da rede de serviços do SUS devem notificar todos os casos de suspeita e confirmação de maus-tratos (violências) contra crianças e adolescentes, comunicando ao Conselho Tutelar mediante o preenchimento de formulário próprio.

Os profissionais de saúde têm como responsabilidade realizar a notificação dos casos de suspeitas e confirmação, mas é também sua atribuição promover a atenção integral à saúde de crianças, mediante o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como notificar os casos de suspeita ou confirmados de violências contra a criança e comunicar ao Conselho Tutelar, com implicações de medidas passíveis de sanção, em caso de descumprimento (Art. 11 e 13, 245, do ECA, 1990).

A notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, também foi instituído pela Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003, regulamentada pelo Decreto n.º

5.009/2004, no qual define que o Ministério da Saúde coordenará plano estratégico de ação para a instalação dos serviços de referência sentinela, inicialmente em Municípios que demonstrem possuir capacidade de gestão e que preencham critérios epidemiológicos definidos pelo MS. Do mesmo modo, também são considerados de notificação compulsória todos os casos de maus-tratos contra a pessoa idosa, assim definidos no art. 19 do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003).

A notificação assume uma das dimensões do cuidado da atenção integral à criança em situação de violência, no capítulo 5, da “*Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*”, que recebe o mesmo nome da publicação. Nele é reafirmado que a notificação deve ser entendida como um instrumento de proteção e não de denúncia e punição, cabendo à coordenação do serviço ou unidade de saúde definir qual o melhor momento de registro na ficha de notificação e da responsabilização pelo preenchimento, sob pena de responsabilização, conforme art. 245, do ECA (1990), bem como o seu encaminhamento ao Conselho Tutelar (BRASIL, 2010).

A notificação no território deve ter seu registro na Ficha de Notificação Individual/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (VIVA-Contínuo), em três vias, com o maior número de informações possíveis para a garantia dos direitos da criança que sofre algum tipo de violência, e deve seguir o seguinte fluxo: **a)** a Ficha original encaminhada ao serviço de Vigilância em Saúde/Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município; **b)** segunda via encaminhada ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes, Vara da Infância e Juventude, Ministério Público, entre outros constituídos no território; **c)** a terceira via fica na Unidade de Saúde que notificou o caso de violência (BRASIL, 2010).

6.3.4 Dimensão do seguimento na rede de cuidado e de proteção social

O seguimento do caso na rede de cuidado e de proteção social, também definido como uma das dimensões do cuidado é fundamental para a garantia da continuidade do cuidado e da proteção da criança e sua família. As experiências dos serviços mostraram que muitos dos atendimentos envolveram outros serviços/instituições, entre 24% e 42% dos casos foram encaminhados para os próprios serviços de saúde, sendo na sua maioria para os hospitais (DESLANDES, 1994).

O momento de alta de uma situação de violências deve ser pensado como um momento privilegiado para produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não

apenas como uma ação burocrática, cumprindo um papel de contra-referência, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária, que faz conexão com outros dispositivos da rede de cuidado e de proteção social existente no território (CECÍLIO; MERHY, 2003).

A atenção integral à saúde da criança em situação de violência em rede é um passo importante para assegurar o cuidado e a proteção social desse público. Não se trata de um novo serviço, mas de uma concepção de trabalho que requer a articulação intrasetorial e intersetorial de forma a se complementarem, integrando políticas e ações governamentais e não-governamentais no âmbito local, que será mais bem detalhada no item seguinte, que tratará sobre a rede no território.

A atenção básica consolida-se como coordenadora do cuidado no território. A função da coordenação, seja na entrada ou na circulação no sistema de saúde, envolve efetivamente a transformação da pirâmide de cuidados primários em uma rede, onde as relações entre as equipes de cuidados primários e as outras instituições e os serviços não são baseadas somente na hierarquia topo-base e da referenciação de baixo para cima, mas na cooperação e na comunicação (RELATÓRIO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Os serviços de saúde fazem parte de um conjunto de estabelecimentos de saúde, formados por Postos de Saúde, Unidade Básicas de Saúde/Saúde da Família, Hospitais, Maternidades, Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento (UPA); Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Centros de Atendimentos Psicossociais (Caps); Centro de Atendimento Psicossocial Infante-Juvenil (Capsi); e os serviços de apoio especializados como o Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) entre outros.

As redes de atenção à saúde são organizações que se concretizam por meio de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (MENDES, 2009).

O trabalho em rede na saúde se confunde com a própria concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), que organiza os serviços em rede regionalizada e hierarquizada. É essa mesma rede que realiza o atendimento de criança em situação de violência e suas famílias, contudo, ela não se encontra institucionalizada. Existem sim várias redes no território que atendem às demandas da comunidade em duas dimensões: a rede da atenção básica que atende demandas que envolvem a violência leve e a rede de serviços especializados, (unidades de urgências, ambulatoriais e hospitalares) que atende demandas que envolvem as violências

moderada e grave, que são também reconhecidas como serviço de referência para esse tipo de atenção e cuidados.

A rede de atenção integral à saúde da criança em situação de violência e suas famílias deve ser orientada pela lógica do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Regionalização Solidária e Cooperativa, firmada no Pacto pela Saúde e seus pressupostos: territorialização, flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário, subsidiariedade, sustentabilidade, participação e controle social (BRASIL, 2006).

Existem várias tipologias de rede. Entre as mais frequentes, estão: a) redes temáticas (organizadas em torno de um tema, segmento ou área de atuação de órgãos, instituições, entre outros; b) redes regionais, organização de serviços em uma dada região ou sub-região, que podem se organizar mediante a união de um conjunto de municípios, bairros, comunidades, ou entre estados, em fronteiras e até entre países, c) redes organizacionais vinculada em uma entidade supra-institucional, que congrega instituições autônomas, filiadas (federações, confederações, associações de entidades, sindicatos, fóruns entre outros) (MEIRELES; SILVA, 2007).

Nesse sentido, é fundamental que cada município organize e estruture a sua rede de saúde, articulada com as redes da assistência social, da educação e com os sistemas de segurança pública, de justiça, que envolve a Defensoria Pública, Varas da Infância e Juventude, e os órgãos de proteção, como o Conselho Tutelar, o Ministério Público, e os conselhos de direitos existentes no território para fortalecer e/ou implementar a rede de cuidado e de proteção às crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde, gestor federal do SUS, tem feito investimentos importantes no sentido de fortalecer as ações desenvolvidas no âmbito local, com vistas à organização da rede de atenção à saúde, na perspectiva da gestão do cuidado no território. Já a Atenção Básica assume a função de coordenação do cuidado, a partir da Estratégia Saúde da Família, com o apoio matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

No Dapes/SAS, onde se localiza a Áreas Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, de Saúde da Mulher, de Saúde do Adolescente e do Jovem, Saúde do Idoso, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde Mental, entre outras, investe-se recursos para a realização de ações e estratégias para a prevenção de violências, atenção às vítimas e a organização de redes, uma das diretrizes da PNRMAV (Portaria nº 737/2001).

São várias redes que interagem no território. A Rede de Atenção Integral para Mulheres, que tem como objetivo organizar redes integradas de atenção para mulheres,

adolescentes e crianças em situação de violências doméstica e sexual, articulando redes de prevenção às DST/Aids e às hepatites, promovendo empoderamento feminino e a não repetição desses casos. Essa rede trabalha na perspectiva do enfrentamento das desigualdades de gênero e da garantia da atenção integrada, humanizada e resolutive.

A preparação de recursos humanos deve atender a todas as necessidades definidas nas diretrizes na PNRMAV. Assim, para garantir a sustentabilidade das ações desenvolvidas pelos Estados, Municípios e o Distrito Federal na prevenção da violência e na atenção integral às vítimas, o ministério vem apoiando a realização de capacitações e assessorias sistemáticas/presenciais nos estados e capitais do país, além da capacitação à distância.

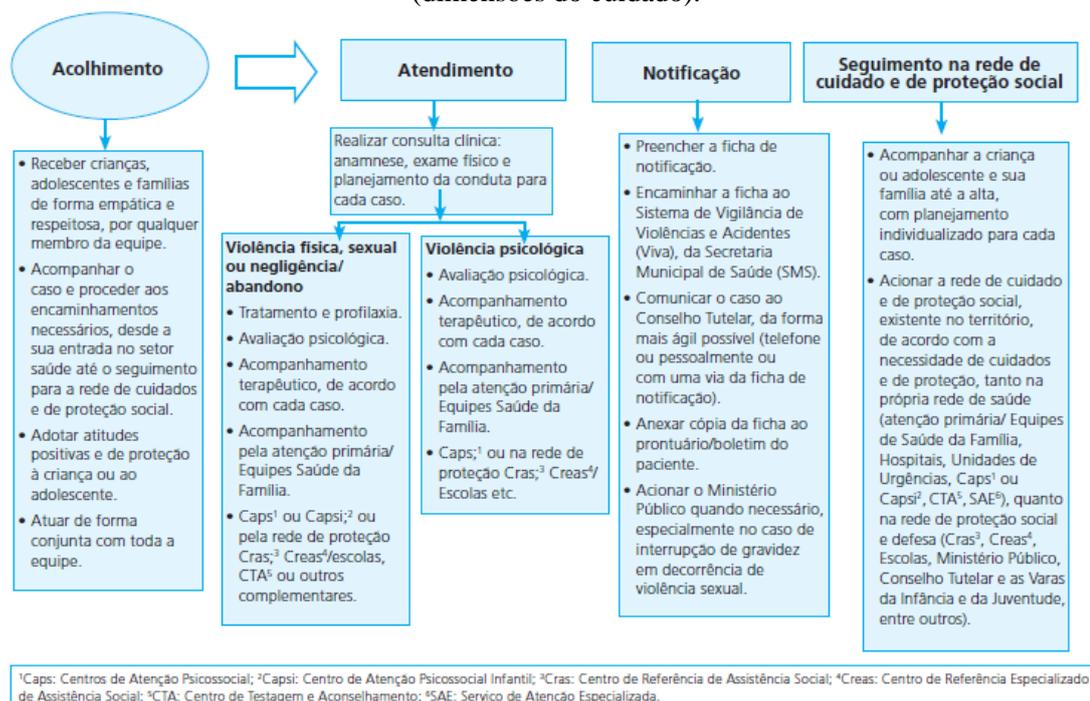
A capacitação na modalidade presencial tem sido uma estratégia adotada por várias unidades do Ministério da Saúde, tanto da SAS quanto da SVS, no sentido de promover orientações às equipes de profissionais da vigilância em saúde para o registro correto dos tipos e naturezas da violência, e as equipes da atenção básica e atenção especializada/referência (hospitalar, ambulatorial e de emergência) para o acolhimento, diagnóstico e atendimento, além do desencadeamento de ações de prevenção e de promoção da saúde e cultura de paz. Encontra-se em curso a capacitação de multiplicadores da Linha de Cuidado, já mencionada anteriormente.

Desde o ano de 2007, o Ministério vem oferecendo vagas para o curso à distância – impacto da violência na saúde, uma ação conjunta da SAS e a SVS e o Claves/ Ensp/Fiocruz. Esta ação tem um caráter permanente/sistemático, porque a cada dois anos, as vagas são oferecidas. Na primeira edição do curso, em 2007, foram oferecidas 500 vagas e na segunda edição, em 2009, mais de mil.

Um dos projetos das Áreas Técnicas de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e de Saúde do Adolescente e do Jovem (2010-2011), em parceria com a Ensp/Fiocruz, tem como um dos seus objetivos é realizar pesquisa para a qualificação da rede de atenção integral à saúde de crianças em situação de violências, em municípios com população acima de 200 mil/habitantes, visando capacitar a rede na estratégia da Linha de Cuidado, além de induzir a organização de redes integradas dos sistemas de segurança pública, de justiça, do sistema de garantia de direitos, que inclui as políticas setoriais, o Ministério Público, a Defensoria Pública e da sociedade civil organizada no território.

Conclui-se, assim, o ciclo do cuidado proposto na Linha de Cuidado (Figura IV), segundo as quatro dimensões discutidas anteriormente, a partir da qual serão identificados os aspectos que serão considerados na proposta de indicadores.

Figura IV – Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças em situação de violências (dimensões do cuidado).



Fonte: (BRASIL, 2010, p. 51).

Assim, a partir das dimensões do cuidado (Quadro IV), identifica-se os aspectos que devem ser considerados na proposta de indicadores, de acordo com a capacidade instalada dos serviços e os níveis de atenção (básica e especializada), a seguir:

- 1) Equipe de profissionais da atenção básica capacitada e sensibilizada para a abordagem de crianças e suas famílias em situação de violências,
- 2) Capacitação continuada para profissionais dos serviços da atenção básica e especializada, sobre prevenção de violências e a atenção e integral às crianças com direitos violados, segundo as dimensões da Linha de Cuidado,
- 3) Apoio técnico de forma matricial de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), aos profissionais de Saúde da Família que realizam o atendimento de crianças em situação de violências,
- 4) Organização dos serviços da atenção básica e especializada com o trabalho em rede, com referência e contra-referência,
- 5) Estruturação de serviços com ambiência para o acolhimento e atendimento clínico de crianças e suas famílias em situação de violências,
- 6) Organização de serviços governamentais e não-governamentais, para a continuidade do cuidado de crianças e suas famílias em situação de violências, que atuam na promoção, proteção e defesa dos direitos da criança no município, em rede,

- 7) Instrumento de notificação e/ou implantação de sistema de vigilância de violências contra a criança,
- 8) Protocolos de atendimento de crianças que considerem as dimensões da linha de cuidado e fluxo dos serviços da rede existente,
- 9) Programas educativos sobre prevenção de violências e promoção da cultura de paz, envolvendo a participação de crianças, famílias e comunidades, incluindo aquelas com direitos violados,
- 10) Programas e/ou serviços para atendimento psicossocial às famílias e agressores (as).

A identificação desses aspectos torna possível o cumprimento do segundo objetivo específico desta dissertação: Identificar, a partir do marco referencial formulado em Oe1, os aspectos da implementação da ‘Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças em Situação de Violências’ que devem ser monitorados.

A partir de tais aspectos é possível construir os indicadores de monitoramento da Linha de Cuidado, apresentados no capítulo seguinte.

7. INDICADORES DE MONITORAMENTO DA LINHA DE CUIDADO

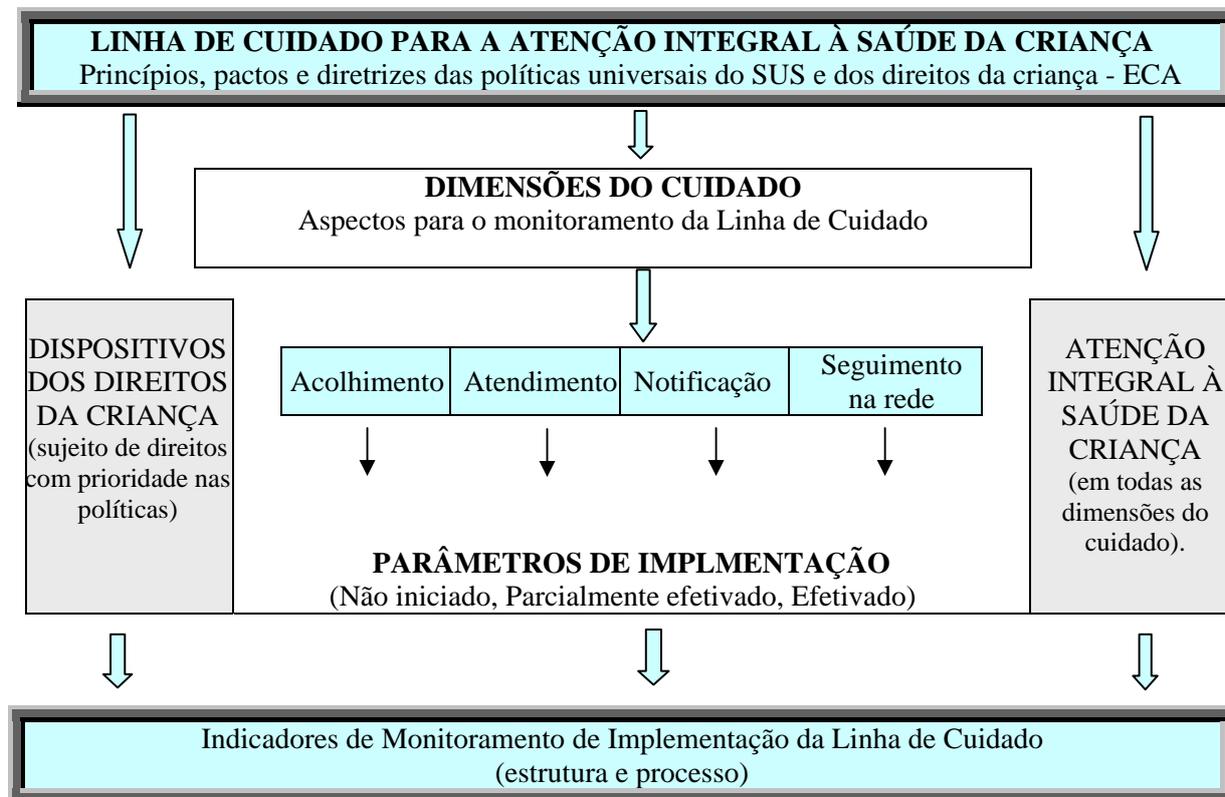
O desenho dos indicadores de monitoramento da Linha de Cuidado apoiou-se nos princípios dos direitos humanos, da proteção integral, da integralidade do cuidado e da justiça social, e nas diretrizes das políticas de saúde voltados para a atenção integral à saúde da criança em situação de violências. Esses princípios e diretrizes estão expressos na CDC e protocolos dela decorrentes, recepcionados pelo ordenamento jurídico brasileiro, reafirmados nos dispositivos da CF/1988, de criação do SUS e do ECA e, por sua vez, efetivados mediante a formulação e implementação de políticas de saúde universais, normas e pactos, sobretudo aquelas que orientam as práticas de cuidado nos serviços de saúde para esse público.

Tal desenho também apoia-se nas reflexões teórico-práticas feitas nos capítulos: (3) ‘Políticas públicas e seu processo de implementação’; (4) ‘Criança como Sujeito do Direito à Proteção Integral’; (5) ‘Formação da Agenda para o Enfrentamento da Violência contra a Criança’; e (6) ‘Atenção Integral à Saúde de Crianças em Situação de Violências’, no qual foram identificados os aspectos/dimensões da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças que orientaram a construção das matrizes de indicadores, segundo as dimensões de cuidado, componente essencial da estratégia, que orienta a continuidade do cuidado no âmbito do serviço, qualificando assim a gestão.

Em síntese, a **Figura V** - esquematiza os marcos referenciais, princípios e diretrizes das políticas e pactos sobre a atenção integral à saúde de crianças, sobretudo aquelas em situação de violências, discutidos nos capítulos desta dissertação, articulando as dimensões do cuidado com os aspectos que viabilizaram a construção dos indicadores em questão, apresentados nos quadros de IX a XII (do A ao D).

A gestão federal do SUS, assim como a gestão dos estados, municípios e do Distrito Federal, dispõe de um conjunto de políticas e diretrizes para o enfrentamento da violência contra a criança, que inclui ações e estratégias voltadas para a prevenção de violências e a promoção da cultura de paz; a identificação de violências e a notificação de casos suspeitos ou confirmados, assim como a atenção e o cuidado de crianças com direitos violados. Por outro lado, não contam com indicadores específicos para o monitoramento do processo de implementação dessas políticas e diretrizes nos três níveis de atenção. Foi nesse sentido que se buscou na Linha de Cuidado os aspectos para a viabilização e construção de indicadores para o seu monitoramento.

Figura V - Marcos referenciais do direito à proteção integral à saúde da criança e o desenho do monitoramento da Linha de Cuidado.



Esses aspectos foram identificados, no capítulo 6, desta dissertação (páginas 90 e 91) segundo as dimensões do cuidado: o acolhimento, o atendimento, a notificação e o seguimento na rede.

Assim, para cada uma dessas dimensões, foram construídos indicadores de monitoramento, considerando três estágios e/ou parâmetros de implementação ('*não iniciado*', '*parcialmente efetivado*', '*efetivado*') para que represente em que fase se encontra o processo de implementação da Linha de Cuidado no serviço. Os serviços que alcançarem o último estágio, ou seja, com parâmetros de implementação "*efetivado*" nas dimensões do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede, significa que a Linha de Cuidado encontra-se implementada.

Fez-se esta opção com o objetivo não só de identificar em qual/quais dimensões está (estão) implementada(s) ou não, mas, sobretudo, identificar os pontos de maior fragilidade dos serviços e ao mesmo tempo apontar as soluções.

A intenção deste proceder tem um caráter pedagógico pela oportunidade de mostrar aos responsáveis pelo processo de implementação de políticas tanto o que foi feito quanto o que deixou de ser feito, orientando, dessa forma, o horizonte a ser seguido e os investimentos a serem empreendidos. Além do mais, os indicadores tornam-se essenciais para a avaliação da

rede de serviços instalada no território, das desigualdades regionais de saúde, da capacidade de gestão local (recursos humanos e insumos) nos diferentes níveis de atenção; e da capacidade de atendimento a crianças e adolescentes em situação de violências, com equipes multiprofissionais, protocolos/linhas de cuidado e fluxos definidos, redes organizadas, para dar respostas às demandas de cada dimensão do cuidado.

Este intento é reforçado pelo fato de, conforme acima explicado, os indicadores terem sido construídos de maneira a abarcar as quatro dimensões da LC, cujos parâmetros, organizados em um instrumento que viabiliza a coleta das informações necessárias para o monitoramento e que possibilita identificar se as dificuldades estão concentradas em uma determinada dimensão ou dispersas por elas, propiciando correções de rumos mais específicas.

Além do mais, a coleta das informações feita sob a orientação de tal instrumento permitirá a imediata comparação da realidade com os parâmetros estabelecidos, produzindo a emissão de uma avaliação na qual é possível dizer em que dimensões a LC está implementada ou não, apontando os aspectos que precisam ser aperfeiçoados para a conclusão do processo.

A seguir, as matrizes A, B, C e D, apresentadas para cada dimensão do cuidado, dispõem de um conjunto de indicadores de estrutura e de processo que abarcam componentes relativos à capacidade instalada da rede de serviços no território (recursos humanos e insumos) e a capacidade de gestão e dos processos de trabalho.

A dimensão do **acolhimento** é considerada implementada quando o conjunto de indicadores apresentados no Quadro IX (Matriz A) é classificado como efetivado.

Quadro IX - Matriz "A" Aspectos da dimensão relativa ao ACOLHIMENTO
Indicadores da Atenção Básica e da Atenção Especializada/Referência.

ASPECTOS/ DIMENSÕES	INDICADORES (ESTRUTURA E PROCESSO)	PARÂMETROS DE IMPLEMENTAÇÃO		
		Não iniciado	Parcialmente efetivado	Efetivado
Acolhimento (Avaliação de risco, ambiência, atendimento e seguimento na rede).	1- Área de recepção adequada que permita fácil movimentação de crianças em situação de violências, visando minimizar a curiosidade dos presentes.			
	2- Sala ou espaço acolhedor disponível e com objetos lúdicos para receber crianças em situação de violências.			
	3- Recepção com profissional capacitado(a) para realizar o acolhimento de crianças e suas famílias em situação de violências.			
	4- Equipe interprofissional sensibilizada/capacitada para o acolhimento em todas as dimensões de cuidado.			
	5- Equipe preparada para identificar e avaliar situação de risco, e realizar a primeira abordagem; e encaminhar para atendimento e/ou seguimento para a rede, caso o serviço não disponha de recursos técnicos e administrativos para o atendimento.			

A dimensão do **atendimento** é considerada implementada quando o conjunto de indicadores apresentados no Quadro X (Matriz B) é classificado como efetivado, significando que o serviço dispõe de Projeto terapêutico singularizado implementado para a atenção e cuidado de crianças e suas famílias em situação de violências, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis pelo o acompanhamento e o seguimento na rede de saúde – referência e contra-referência (atenção básica, policlínicas e ou serviço/centro especializado, urgência ambulatorial e hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico/psicossocial), com seguimento na rede intersetorial (encaminhamento e acompanhamento) dos casos mediante a articulação e integração dos fluxos para a continuidade e produção do cuidado no território.

Quadro X - Matriz “B” Aspectos da dimensão relativa ao ATENDIMENTO
Indicadores da Atenção Básica e da Atenção Especializada/Referência.

ASPECTOS/ DIMENSÕES	INDICADORES (ESTRUTURA E PROCESSO)	PARÂMETROS DE IMPLEMENTAÇÃO		
		Não iniciado	Parcialmente efetivado	Efetivado
Atendimento (diagnóstico tratamento e cuidados; notificação e seguimento para a rede de serviços da atenção básica, ambulatorial, de urgência e hospitalar).	1- Projetos terapêuticos singularizados, elaborado por equipe interdisciplinar.			
	2- Protocolo/linha de cuidado para a atenção domiciliar por equipe multiprofissional.			
	3- Protocolo/linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças e suas famílias em situação de violências, com referência e contra referência na rede de saúde.			
	4- Fluxos e/ou serviço especializado para tratamento e cuidados profiláticos em decorrência de violência sexual, no município ou serviço regionalizado, com referência e contra-referência.			
	5- Equipes multiprofissionais (médicos – pediatra, clínico, ortopedista, psiquiatra – enfermeiro (a), psicólogo e assistente social), atuando no serviço com protocolo de atendimento em linha de cuidado.			
	6- Equipes interdisciplinares para atendimento psicossocial de crianças em situação de violências (médico, assistente social, psicólogo, pedagogo e outros), com fluxo e protocolos definidos.			

A dimensão da **notificação** é considerada implementada quando o conjunto de indicadores apresentados no Quadro XI (Matriz C) é classificado como efetivado, significando que o serviço dispõe de projeto de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA-Contínuo), por meio da implementação Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências, com fluxo estabelecido entre o Serviço de Vigilância em Saúde/Epidemiológica, da Secretaria Municipal de Saúde, integrado com o (s) Serviço(s) de Atenção à Saúde (hospitais, policlínicas, ambulatorios, serviços de urgências, centros

especializados – Caps, Capsi, Caps_ad, Caps III - Unidade Básica de Saúde e equipes de Saúde da Família entre outros). A rede de proteção social também poderá ser constituída como unidade notificadora, desde que os profissionais estejam capacitados e disponha de protocolo de atendimento integrado. São potenciais fontes de notificação o Conselho Tutelar, Cras, Creas, Escolas, Ministério Público, entre outros serviços de defesa e responsabilização.

Quadro XI - Matriz “C” Aspectos da dimensão relativa à NOTIFICAÇÃO
Indicadores da Atenção Básica e da Atenção Especializada/Referência.

ASPECTOS/ DIMENSÕES	INDICADORES (ESTRUTURA E PROCESSO)	PARÂMETROS DE IMPLEMENTAÇÃO		
		Não iniciado	Parcialmente efetivado	Efetivado
Notificação (Registro na Ficha/MS, alimentação do Sinan-net, e comunicação ao Conselho Tutelar).	1- Acesso à Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências.			
	2- Condições/incentivos para implementação do Módulo de Vigilância de Violência e Acidentes (Viva_Contínuo) e alimentação do Sinan-Net.			
	3- Fluxo definido de referência e contra-referência na rede de saúde (Saúde da Família, Unidades Básica, Policlínicas, Caps, Capsi, Caps_ad, Caps III, serviços especializados, ambulatorial e hospitalar etc.), com gestão da Vigilância em Saúde/Epidemiológica da SMS e do Distrito Federal.			
	4- Fluxo definido entre a rede de saúde e a rede de proteção social, especialmente o Conselho Tutelar, Assistência Social, Escolas e os outros dispositivos da rede.			
	5- Equipe interdisciplinar sensibilizada e capacitada para o preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências, do Ministério da Saúde.			

A dimensão do **seguimento na rede** é considerada implementada quando o conjunto de indicadores apresentado no Quadro XII (Matriz D) é classificado como efetivado, significando que o serviço dispõe de projeto de integração entre a rede de cuidado e a de proteção social, com mapeamento de serviços existentes no território, fluxos definidos e profissionais capacitados responsáveis pelo o seguimento (encaminhamento e acompanhamento) tanto na rede intrasetorial quanto intersetorial.

Quadro XII - Matriz “D” Aspectos da dimensão relativa ao SEGUIMENTO NA REDE
Indicadores da Atenção Básica e da Atenção Especializada/Referência.

ASPECTOS/ DIMENSÕES	INDICADORES (ESTRUTURA E PROCESSO)	PARÂMETROS DE IMPLEMENTAÇÃO		
		Não iniciado	Parcialmente efetivado	Efetivado
Seguimento na Rede (acompanhamento do caso na rede de saúde e/ou encaminhamento e acompanhamento para outros equipamentos no território).	1- Mapeamento da rede de serviços de saúde da Atenção Básica (Saúde da Família e Unidades Básicas) e da Média e Alta Complexidade (serviços/centros de atenção especializados, ambulatórios, policlínicas, Caps, Capsi, Caps_ad, Caps III, urgências e hospitais).			
	2- Mapeamento da rede de promoção, proteção e defesa – equipamentos da assistência social (Cras e Creas), Conselho Tutelar, educação, segurança pública, Varas da Infância e Juventude, delegacias, Ministério Público, identificados como integrantes do sistema de garantia de direitos..			
	3- Equipe interprofissional sensibilizada e capacitada para realizar o seguimento (encaminhamento e acompanhamento) na rede de cuidado e de proteção social.			
	4- Fluxos definidos de referência e contra referência na rede de saúde e fluxo da rede de proteção intersetorial.			

Esses indicadores são essenciais para o monitoramento do processo da implementação da Linha de Cuidado, na medida em que permitem à análise da capacidade instalada da rede de serviços no território (recursos humanos e materiais), capacidade de gestão (planejamento, implementação e avaliação) para a atenção integral à saúde da criança em situação de violências, considerando as dimensões do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede.

A aplicação desse modo de proceder possibilita a otimização dos recursos humanos e materiais, a eficiência da gestão e a avaliação da política em todas as suas dimensões. Além do mais, favorece a tomada de decisão, baseada em evidências, para a programação de ações, bem como estimula e fortalece a capacidade analítica das equipes, contribuindo para o desenvolvimento de práticas integradas e sistemas de informação consistentes e confiáveis (RIPSA, 2008).

O esforço para definir a proposta de indicadores de monitoramento para a implementação da Linha de Cuidado é ainda um trabalho incompleto, que exige uma organização da rede de cuidado da saúde e das redes de proteção social, especialmente da assistência social, da educação, do Conselho Tutelar e do Ministério Público, articuladas com a rede de segurança pública, de justiça, que inclui as Varas da Infância e Juventude, as Defensorias Públicas, os Juízes, as Delegacias Especializadas de Proteção a Crianças e Adolescentes e demais órgãos de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança no

território, considerando que essas ações devem ser continuadas para a produção da atenção integral não apenas de saúde, mas de todos os direitos fundamentais.

Por fim, espera-se que a proposta de indicadores de monitoramento de implementação da Linha de Cuidado induza ao debate e à reflexão no âmbito do Ministério e possa corroborar no processo de pactuação com as instâncias deliberativas das três esferas de gestão do SUS, e que seja aplicado nos serviços, na perspectiva de reduzir as iniquidades em saúde, mediante o uso de métodos de monitoramento e avaliação para corrigir as medidas inadequadas e orientar a tomada de decisão apoiadas em evidências e nas demandas desse público.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os compromissos internacionais sobre os direitos humanos de crianças têm sido renovados pelo Brasil mediante a aprovação e ratificação das principais normativas sobre a matéria. O progresso que o Brasil alcançou nesse campo é reconhecido em âmbito nacional e internacional, especialmente após a Constituição de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e o Sistema Único de Saúde (1990), que permitiram a efetivação de muitas políticas de saúde promotoras de direitos e de proteção integral da criança.

Essa nova institucionalidade é reconhecida como a fronteira que rompe com a ideia da criança como objeto, passando a ser reconhecida como sujeito de direitos, cidadã em condição peculiar de desenvolvimento, constituindo-se no novo paradigma da 'proteção integral'. A saúde pública promoveu uma verdadeira revolução nos indicadores, especialmente na redução da mortalidade infantil, devido a diminuição dos óbitos por enfermidades de origem biomédica, acompanhado da queda da taxa de fecundidade. Por outro lado, as causas externas (acidentes e violências) passam a configurar como um problema de saúde pública, tornando-se a primeira causa de morte entre a população geral e a primeira causa de óbitos em crianças, a partir de 1 ano, desde o ano de 2006.

O Brasil convive, portanto com o paradoxo, de possuir uma das mais avançadas legislações de proteção integral aos direitos da criança, efetivadas por meio de políticas públicas, de ser um país onde o trabalho infantil, a exploração sexual de crianças, entre outras formas de manifestação da violência silenciada e consentida têm grande expressão, a exemplo da violência física, sexual, psicológica, além da negligência e do abandono.

As evidências mostram que a violência tornou-se um problema para a saúde com conseqüências nefastas para o desenvolvimento físico e mental da criança por toda a sua existência. Portanto, a saúde deve promover políticas de enfrentamento à violência de maior envergadura, com ações e estratégias de promoção da saúde e cultura de paz, assim como de intervenção e cuidados para a sua proteção e recuperação.

Frente a esses desafios e tomada pelo sentimento de indignação e ao mesmo tempo de impotência, fui induzida a fazer algumas reflexões. Onde estamos falhando com as nossas crianças? Ora, se elas são pessoas em condição peculiar de desenvolvimento e sujeito de direitos, assim como qualquer outra pessoa, porque tantas crianças em pleno século XXI ainda sofrem violências? O que nos imobiliza se as violências são preveníveis e evitáveis? Por quem deveria protegê-las são os principais perpetradores?

A partir dessas reflexões, alinhado ao compromisso assumido como membro do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e responsável pela coordenação técnica das ações desenvolvidas no âmbito da Linha de Ação: Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz, da Crialm/Dapes/SAS/MS, e em função da minha inserção no mestrado (2009), passei a perceber que a saúde pública poderia exercer uma função mais substantiva, já que sua missão não é apenas garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, mas também o de induzir ações de promoção da saúde e cultura de paz, prevenção de violências, além assegurar os recursos necessários para a atenção integral e cuidados à saúde desses cidadãos, especialmente daqueles cujos direitos foram violados.

Como resultado desse sentimento de “indignação” e de “reflexão” foi possível colocar em prática o projeto de elaboração da “*Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*” (2010), também objeto de análise para a definição da proposta de indicadores de monitoramento de sua implementação; e da “*Metodologia para o Cuidado de Criança, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências*”, como ferramenta pedagógica para os profissionais de saúde (em fase de publicação, julho de 2011).

O processo de formulação dessa Linha de Cuidado teve início em julho de 2008, após intensos debates com várias unidades do Ministério da Saúde e com outros órgãos setoriais do governo e da sociedade civil, além de contar com a participação de profissionais de saúde, pesquisadores e especialistas no tema da violência contra a criança. Também recebeu importantes contribuições no período de consulta pública, com destaque para a Secretaria de Promoção dos Direitos de Crianças e Adolescentes (SNPDCA/SDH/PR), de Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente, de Fóruns de enfrentamento à violência, conselhos de classe entre outros órgãos e organizações não-governamentais.

No momento, outros dois projetos estão sendo executados, planejados no sentido de orientar e fortalecer a implementação da Linha de Cuidado. O primeiro desenvolvido em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), que já apresentou o “*Relatório dos estabelecimentos de saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violências, em municípios acima de 200 mil habitantes*”. Os indicadores produzidos neste estudo poderão subsidiar o instrumento de pesquisa, etapa seguinte do projeto, de qualificação da rede de atenção integral à saúde de crianças em situação de violências, nos municípios selecionados.

O segundo projeto de qualificação de apoiadores/facilitadores para a capacitação de multiplicadores na estratégia da Linha de Cuidado, desenvolvido pela Crialm/Dapes/SAS, em parceria com o IFF/Fiocruz, tendo como prioridade os estados do Nordeste, Amazônia Legal e as capitais/municípios da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), mas com proposta de ampliação, a partir de 2012. Os indicadores propostos também poderão apoiar no processo de pactuação entre o Ministério da Saúde, gestor federal do SUS, e os gestores estaduais, municipais de saúde, incluindo o Distrito Federal na implementação da Linha de Cuidado.

Essa dupla atuação, na elaboração desta dissertação e na condução das atividades desenvolvidas na Linha de Ação: Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz, assim como na coordenação-técnica da elaboração da Linha de Cuidado, possibilitou a retroalimentação do conhecimento produzido em ambas, e isso demonstra, mais uma vez, a importância da parceria entre a academia e o Estado como co-produtores do conhecimento que dá sustentação à ação do governo, no seu papel de protagonista da formulação e efetivação de políticas públicas.

Assim, espera-se que a proposta de indicadores de monitoramento da implementação da Linha de Cuidado, articulada entre o governo e a instituição de ensino e pesquisa, inspirada nos princípios da proteção integral, da integralidade do cuidado e principalmente de justiça social, para que nenhuma criança seja objeto de qualquer forma de violência. Espera-se também que induza ao debate e à reflexão dos defensores dos direitos da criança, bem como os gestores de políticas públicas na construção de agendas e estratégias intrasetoriais e intersetoriais que possam contribuir na prevenção das violações dos direitos de crianças, na participação efetiva de atores sociais, na organização de redes de cuidado e de proteção social em âmbito local; e permitam que outros atores sociais – indivíduos, organizações não-governamentais, governos locais, nacionais e agências internacionais – sejam cobrados em sua responsabilidade.

Por fim, com a formulação e a implementação da Linha de Cuidado o Brasil terá cumprido mais um dos compromissos assumidos na Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), em relação às medidas legislativas e a adoção de políticas públicas e estratégias voltadas para a proteção integral à saúde de crianças em situação de violências, que serão expressos nos relatórios da CDC, depositados na Organização das Nações Unidas, a cada cinco anos, e seus protocolos complementares a cada dois anos.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F.L. **A Formação do Federalismo Brasileiro**. In: Os Barões da Federação: os governadores e a redemocratização. 2ª Edição. São Paulo: HUCITEC, 2002.

AMARAL, J.J.F. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**. Avaliação nas Unidades de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde do Brasil. 2002.

ARAÚJO, G. F; RATES, S.M.M (orgs). **Cogestão e Humanização na Saúde Pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens**. 2.ª Ed. : Ed. Unijuí, 2009. 420p.

AROUCA, A.S.S. **O Dilema Preventivista**. Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva. (1975). . 1ª Ed. Editora UNESP. 2003. 272p.

ATIQUE, H.;FRANCO NEME E. **O processo de internacionalização como instrumento de efetivação**. NEJ – v.. 13 - n. ° 1 - p. 95-106. jan-jun. 2008.

AYRES. J.R.C.M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saúde e Sociedade, v. 13 n.º 3, p.16-29, set-dez. 2004.

BASE DE DADOS. DATASUS/MS. **Projeções intersensitárias, 1981 a 2009 (IBGE)**. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0201>>. Acesso em: 10 out. 2009.

BOFF. L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ. Vozes, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 11 out. 2009.

_____. Decreto nº 17.943A, de 12 de outubro de 1927. **Consolida as leis de assistência e protecção a menores**.Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D17943A.htm >. Acesso em: 27 ago. 2010.

_____. Decreto nº 5.007, de 8 de março de 2004. **Promulga o Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança referente à venda de crianças, à prostituição infantil e à pornografia infantil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/D5007.htm>. Acesso em: 02 nov. 2009.

_____. Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. Institui o Código de Menores. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1970-1979/L6697.htm#art123>. Acesso em: 27 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **XI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 15 a 19 de dezembro de 2000. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/11_cns.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2010.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001; NOAS 01/2002)**. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. In: Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – 2ª. Ed. Brasília. Editora: Ministério da Saúde 2006. 208p

_____. Mais Saúde. **Direito de Todos: resultados e conquistas 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF. 1997. 36p

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais para a cidadania em saúde**. – Série A. Normas e Manuais Técnicos; nº 167. Brasília: MS, 2002. 48 p.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº 737, de 16/05/2001 publicada no DOU nº 96 seção 1E, de 18/5/01. Brasília, DF, 2001.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Violência faz mal à saúde**. Cláudia Araújo de Lima (Coord. et al) Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 2ª reimpressão. 298p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde – 2º Ed**. Brasília: MS. 2006a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. – Brasília : Ed. MS, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. Gestão participativa: co-gestão**. 2ª Ed. rev. Brasília-DF. Editora do MS. 2006d.

_____. Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, 14 dez. 1997. Seção 1,

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília, DF. 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência**. Orientações para Gestores e Profissionais de Saúde. Brasília : Ministério da Saúde. 2010. 104p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. **Redes regionalizadas e territórios integrados de atenção à saúde – teias a estratégia**: pressupostos, componentes e diretrizes. Brasília, DF, 01 out. 2009a.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Promoção da Saúde. **Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2001a. 112p.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Comitê da Primeira Infância. Políticas intersetoriais em favor da infância: guia referencial para gestores municipais**. Brasília:, Ministério da Saúde. 2002a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores : doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem**. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. Pacto pela Vida.** Portaria MS/ n.º 687 de 31/03/2006, publicada no DOU n.º 63, seção 1 de 31/03/2006. Brasília/DF. 2006c

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008 : 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.** Brasília : 2009b. 419 p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA - Vigilância de Violência e Acidentes.** 2006-2007. Brasília: Ministério da Saúde. 2009c. 154p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA - Vigilância de Violência e Acidentes.** 2008-2009. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. 2010d. 138p.

_____. Presidência da República. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.** Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, IPEA. 2010a. 184p.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília. 2010b.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. **Declaração do Rio de Janeiro e chamada para ação para prevenir e eliminar a exploração sexual de crianças e adolescentes.** Brasília: Ministério da Justiça, 2008a.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Direitos Humanos em Construção.** 2009e, 44 p.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. **Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes – 20 anos do Estatuto.** Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010c. 249p.

CARNEIRO, R. **Ruptura do financiamento externo** (Cap. 3). In: Desenvolvimento em Crise. Editora da UNESP/Editora da UNICAMP, 2002. Campinas.

CARVALHO et al **O Programa Nacional de Imunizações nos 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil.** In: BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil. 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil. Brasília, 2009. 416p.

CECÍLIO, L.C.O (org).. **Inventando a Mudança na Saúde.** Saúde em Debate -73 – Série didática. Editora: Hucitec 3ª Edição. São Paulo. 2006.

CECÍLIO. L.C.O; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas, mar de 2003.

CHESNAIS. J.C. **A Violência no Brasil.** Causas e recomendações políticas para a sua prevenção. Ciência & Saúde Coletiva, 4(1):53-69, 1999. (Org) Maria da Conceição N. Monteiro (Trad.) Ida Maria Rebelo Pereira. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v4n1/7130.pdf>>. Acesso em jun 2011.

COMITÊ COORDENADOR INTERAGENCIAL PARA AS AMÉRICAS. **Ações de Saúde Materno-Infantil a Nível Local.** Segundo Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância. Washington, D.C.: OPAS, c1997.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **A história do CONASEMS:** da fase heróica da década de 80 ao desejo de mudança do modelo de atenção e gestão dos anos 2000, s/d.

CONSENSO DE WASHINGTON. Disponível em:
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Consenso_de_Washington> Acesso em: 18 jul. 2009.

COSTA. A. M. **Integralidade na Atenção e no cuidado a saúde**. Saúde e Sociedade. v.13, nº 3, p.5-15.set-dez.2004.

DESLANDES, S.F. **Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: Análise de um Serviço**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 10 (supl.1):177-187. 1994.

FERREIRA J.R; BUSS, P.M. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Promoção da Saúde. Promoção da Saúde. Brasília, 2001.

GOMES, MC. P A; PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos**. Interface - comunic, Saúde, Educ. v.9, n.17, p.287-301, mar-ago 2003.

GUIA DE DIREITOS HUMANOS: **Fontes para jornalista**. São Paulo, SP: Cortez, 2003. ISBN 85-249-0931-5.

HIRIGOYEN, M.F. **Assédio Moral: a violência perversa no cotidiano**. Tradução: Maria Helena Kühner. - 8ª Ed – Rio de Janeiro; Bertrand Brasil. 2006, 224p.

HISTÓRIA DAS NAÇÕES UNIDAS. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/conheca_hist.php> Acesso em: 28 de ago. 2010.

KRUG, E. G. et al (Ed.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. Brasil. ISBN 92 4 154561 5.

MACHADO. M.F.A.S, et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):335-342, 2007. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012206.pdf>>. Acesso em jul. 2010.

MAGALHÃES, M.L; FRANCO NETTO, T. L. **Impacto da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes. Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz**. Ministério da Saúde. Brasília. 2009.

MARCÍLIO, M.L. A lenta construção dos direitos da criança brasileira - Século XX. Disponível em:
<<http://www.buscalegis.ccj.ufsc.br/revistas/index.php/buscalegis/article/viewFile/28339/27896>>. Acesso em 30 out. 2010.

MASCARENHAS M. D.; MALTA, D, C. **Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007**. Cadernos de Saúde Pública. Nº Cad. Saúde Pública vol.26 nº,2 Rio de Janeiro fev. 2010. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/csp/index.htm>>. Acesso em: 12 out. 2010.

MATTOS R.A. **Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. 2001.

_____. R.A. **A Integralidade na prática (ou sobre a prática na integralidade)**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5)1411-1416, set-out, 2004.

MENDES, E.V. **Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revisao_bibliografica_redes.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2010. p.126.

MEIRELLES, Z.V; SILVA, C.A. **Redes de apoio à saúde da mulher adolescente/jovem vítima de violência.** In: Violência contra a mulher adolescente/Jovem. Stella R.Taquete (org). Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. 208p.

MULLER, J.M. **Cultura de Paz e Não Violência.** Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro. n. 35, p. 10-22, maio 2006.

MINAYO, M.C.S; SOUZA, E. R. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva.** História, Ciências & Saúde. IV(3): 513-531, nov. 1997, fev. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2011.

MINAYO, M.C.S. **Violência um problema para a saúde dos brasileiros.** In: Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 340p. Brasília, 2005. Brasília/DF.

_____. M.C.S. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica.** Ciência & Saúde Coletiva, 11(Sup): 1259-1267, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2009.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. **Denominações dos Atos Internacionais.** Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/dai/003.html>>. Acesso em: 19 maio 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. Disponível em: <<http://onu.org.br/conheca-a-onu/a-historia-da-organizacao/>>; <<http://onu.org.br/conheca-a-onu/documentos/>>. Acesso em: maio, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS/OMS. **A Saúde no Brasil.** Brasília. 1998.

_____. Manual para a Vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI, Washington, D.C.: OPAS, 2005.

PASSETTI, E. **Crianças Carentes e Políticas Públicas.** In: História das Crianças no Brasil. Mary Del Priore, Organizadora. 6ª Ed. São Paulo: Contexto, 2007. p.347-373.

PHEBO, L. **Vigilância em saúde e a violência contra adolescentes.** In: Violência contra a Mulher adolescente-jovem. (org) Stella Taquete. Rio de Janeiro: Ed. UERJ. 2007.

PINHEIRO, P. S. **Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas.** 2006. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr57/es/index.html>. Acesso em: 10 out. 2009.

PINHO, L.B, et al. **A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 03, p. 835 – 846, 2007. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm>>. Acesso em jul. 2010.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores Básicos no Brasil. Conceitos e aplicações – Ripsa – 2 ed-** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p..

RELATÓRIO MUNDIAL DE SAÚDE 2008. **Cuidados de Saúde Primários. Agora Mais Que Nunca.** Organização Mundial de Saúde. Centro de Investigação em Saúde Comunitária (CISCO). Portugal. 2008. 130p.

ROUQUAYROL, M.Z; FILHO ALMEIDA, N. **Epidemiologia e Saúde.** São Paulo: Medsi, 6ª. Ed., 2003.

- SOUSA CAMPOS G.W. **Considerações sobre a arte a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas.** O caso da saúde. In: Inventando a Mudança na Saúde. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (org). Saúde em Debate -73 – Série didática. Editora: Hucitec 3ª Edição. São Paulo. 2006.
- SOUZA, C. **O estado da arte da pesquisa em políticas públicas.** In: Gilberto Hochman, Marta Arretche, Eduardo Marques (orgs) Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007.
- TAVARES. M.C. **A Economia Política do Real.** In: O Brasil Pós-Real: a política econômica em debate. MERCADANTE, A. (org.) Instituto de Economia, UNICAMP. 1997.
- UNICEF. **La violencia contra niños, niñas y adolescentes.** Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas. 2006.
- UNICEF. **Relatório Situação Mundial da Infância: celebrando 20 anos da Convenção sobre os Direitos da Criança, 2009.** Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/resumo_sowc_20anosCDC.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2011.
- SEN, A. Direitos Humanos e Diferenças Culturais: in Democracia, (org), por R. Darnton e O. Duhamel. Rio de Janeiro: Record, 2001, pp. 421-429.
- SEGRE, M. FERRAZ. F.C. **O conceito de saúde.** Rev. Saúde Pública [online]. 1997, vol.31, n.5, pp. 538-542. ISSN 0034-8910. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>> Acesso em jun. 2011.
- VAITSMAN. J. **Monitoramento e avaliação de Programas Sociais: principais desafios.** In: Concepção e Gestão da Proteção Social Não Contributiva no Brasil. 2007.
- VENTURI. G.O. **Direitos Humanos: percepções da opinião pública.** Gustavo Venturi (Org). 1ª Edição. Brasília: In: Brasil. Presidência de República. Secretaria de Direitos Humanos, 2010.
- _____. G. **O Potencial emancipatório e a irreversibilidade dos direitos humanos.** In: SAVE THE CHILDREN (*International Save the Children Alliance*). Disponível em <<http://www.savethechildren.org/site/c.8rKLIXMGIpI4E/b.6229507/k.C571/History.htm>>. Acesso em: 30 out. 2010.